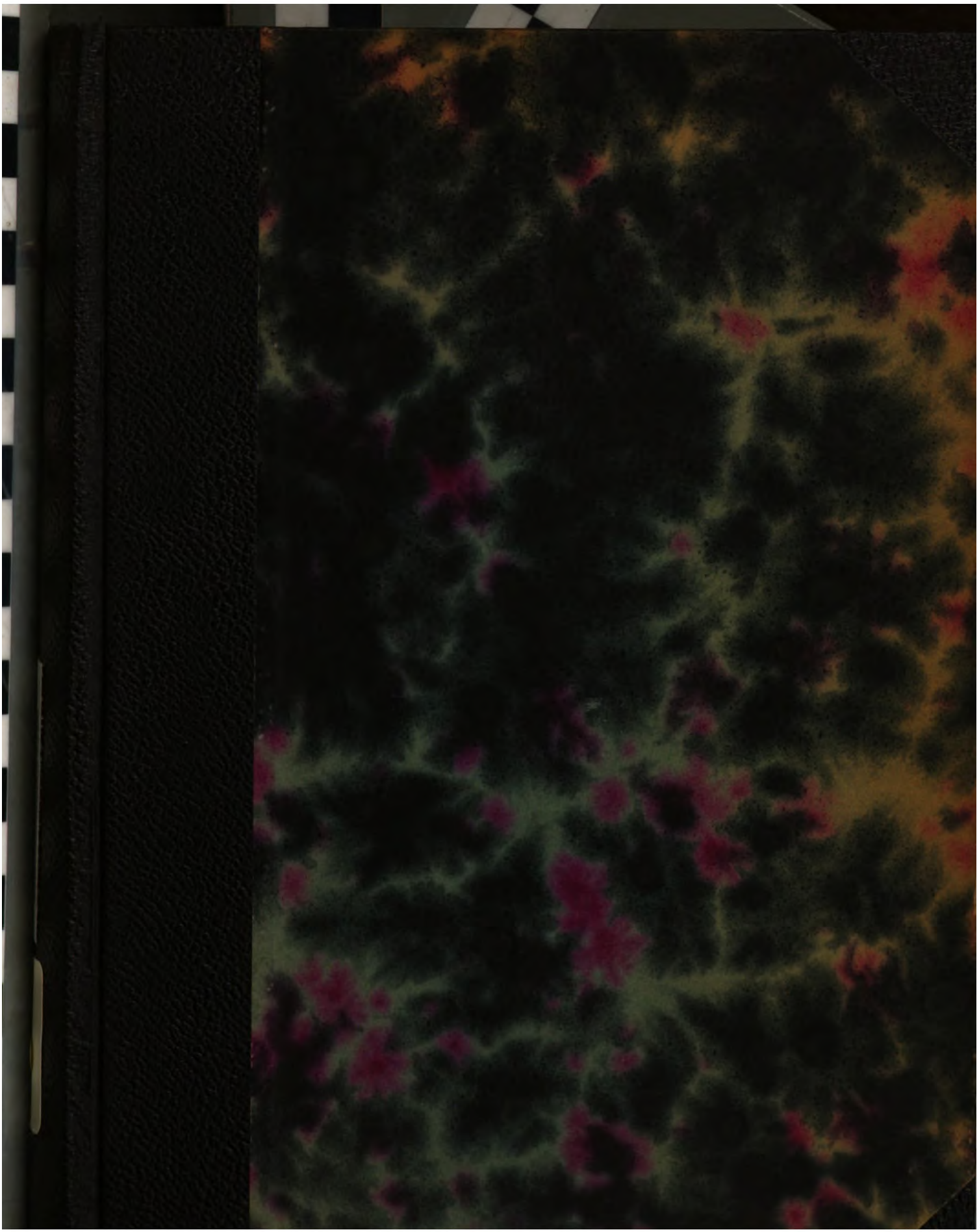


LIBRARY
UNIVERSITY OF CALIFORNIA
RIVERSIDE

ID 7 9 5

DIE SEELISCHE KRANKENBEHANDLUNG

(PSYCHOTHERAPIE)

EIN GRUNDRISS FÜR FACH- UND ALLGEMEINPRAXIS

VON

Johannes Heinrich
DR. MED. I. H. SCHULTZ
ASSISTENT DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK (GEH. RAT BINSWANGER)
UND PRIVATDOZENT DER UNIVERSITÄT JENA

MIT 12 KURVEN IM TEXT

JENA
VERLAG VON GUSTAV FISCHER
1919

RC480
S28

ALLE RECHTE VORBEHALTEN.

DEM ANDENKEN MEINES VATERS

HERMANN SCHULTZ

WEILAND PROFESSOR DER THEOLOGIE ZU GÖTTINGEN.

Vorwort.

Die folgenden Blätter sind der Niederschlag einer nunmehr über 10jährigen unausgesetzten praktischen und theoretischen Beschäftigung mit der Psychotherapie an internistischen, dermatologischen und psychiatrischen klinischen und poliklinischen Instituten und in der fachärztlichen Sprechstunden- und Konsiliarbetätigung. Sie sollen anspruchslose Hilfen zu einer universellen Psychotherapie darstellen in dem Sinne, daß nicht eine Methode zum Nachteil anderer und oft der Kranken unbegründet bevorzugt oder vernachlässigt wird, und namentlich dem Fernerstehenden einen Einblick gewähren, wie reichhaltig schon jetzt das psychotherapeutische Arsenal ist. Die Niederschrift erfolgte fern von der Heimat und ihren Hilfsmitteln mitten aus einer großen psychotherapeutischen Tätigkeit, deren Grundlagen durch den Weitblick meines hochverehrten Lehrers, Geheimrat Binswanger-Jena, geschaffen wurden. Hat doch gerade der Krieg die Unentbehrlichkeit psychotherapeutischer Fach- und Allgemeinarbeit aufs allerdeutlichste bewiesen und die dem Fachmanne längst geläufigen Fragen und Leistungen in weitesten Kreisen zur Anerkennung gebracht.

Die Darstellung ist nach Möglichkeit so versucht, daß jedes Kapitel für sich bestehen kann; es wurde damit angestrebt, dem Praktiker die Orientierung über einzelne gerade besonders interessierende Punkte möglichst schnell und mühelos zu vermitteln, namentlich an der Hand des Inhaltsverzeichnisses und des Registers.

Sollte es so gelungen sein, den Weg zur Psychotherapie für den jüngeren Fachkollegen und namentlich für die Allgemeinpraxis und die Nachbarfachärzte ein wenig zu erleichtern, so ist der Zwek

der Darstellung erfüllt; vielleicht findet auch einer der Fachkollegen namentlich zwischen den Zeilen etwas Brauchbares.

Die sehr umfassende Literatur unseres Gebietes ist in diesem Grundriß nicht citando herangezogen; es hätte das den erwünschten Umfang und den Plan der Darstellung überschritten, der nur dahin ging, Hilfen zu einer universellen Psychotherapie im oben erwähnten Sinne zu geben.

Im Frühherbst 1918.

Dr. med. **I. H. Schultz,**
Assistent der Psychiatrischen Klinik (Geh. Rat Binswanger) und Privatdozent der Universität Jena.
Stabsarzt d. R.
z. Z. Chefarzt eines Nervengenesungsheims im Westen.

Inhalt.

Seite

Vorwort III

I. Die Möglichkeiten der Psychotherapie . . . . . 1—42

1. **Psychologische Orientierung** . . . . . 1—24

Unbewußte Psychotherapie S. 1. — Psychotherapeutisch der Körper ein Seelenteil S. 2. — Diagnostisch-therapeutischer Vorbehalt S. 2. — Erlebniseinheit und Betrachtungsvielheit S. 3. — Die Seinsschichten, ihre Wechselbeziehungen S. 3. — Darstellungsweisen des Seelischen: Populärpsychologie S. 4. — Funktioneller Charakter des Seelischen S. 5. — Ich-erlebnis als letzte Instanz S. 6. — Innere Erfahrung S. 6. — Assoziative, affektivistische und voluntaristische Darstellung S. 6. — Phänomenologische, experimentelle, angewandte Psychologie S. 10. — Hirnpathologie S. 10. — Schema für die Praxis: Medizinische Erschwerung S. 10. — Einzeitige Bewußtheit: rezeptiv, impressiv, aktiv S. 12. — Aufmerksamkeit S. 19. — Denken S. 20. — Überzeitliche Bewußtheit: Ichkontinuität S. 21. — Phantasie S. 22. — Gedächtnis, Reproduktionsproduktion S. 22. — Assoziation S. 23. — Intelligenz, Persönlichkeit, Charakter S. 24. — Seelische biologische Höchstfunktion S. 24.

2. **Die Wege zur Psychotherapie** . . . . . 25—42

Der Arzt: Veranlagung S. 25. — Vorbildung S. 26. — Gesundheit S. 27. — Selbsterziehung S. 27. — Spezialisierung S. 28. — Äußeres S. 28. — Der Kranke: Sozial S. 29. — Veranlagung S. 29. — Bildungsstufe S. 29. — Erlebtes, nicht Erlerntes S. 29. — Geschlecht, Alter S. 29. — Krankheit: Allgemeinleiden S. 30. — Neurose S. 30. — Psychose S. 30. — Arzt und Patient: Indirekte und direkte Psychotherapie S. 30. — Beherrschen, Erziehen, Mitarbeiten S. 31. — Arzt als Freund S. 32. — Gefahren S. 32. — Autorität S. 32. — Behandlungswege: Auswahl der Kranken S. 33. — Symptomtherapie S. 34. — Allgemeintherapie S. 35. — Wahl der Methode S. 35. — Klinisch psychologische Untersuchung in jedem Falle Voraussetzung der Psychotherapie: Wichtigste Gesichtspunkte S. 37. — Vorgeschichte S. 37. — Empfindungen S. 38. — Gefühle S. 38. — Vorstellungen S. 39. — Willenserlebnisse S. 39. — Gedächtnis S. 39. — Bewußtsein S. 39. — Aufmerksamkeit S. 39. — Charakter, Intelligenz, Persönlichkeit S. 39.

Seite

II. Die Methoden der Psychotherapie . . . . . 42—202

3. **Populär-Psychotherapie** . . . . . 42—71

Umschreibung S. 42. — Populärpsychotherapie besonders abhängig von der Persönlichkeit des Arztes S. 42. — Populärpsychotherapeutische Typen: Phlegmatiker: Onkel Doktor S. 43. — Betätigungspsychotherapeut S. 43. — Affektiver Typus: Choleriker; Künstler; individuell und ideal Affektiver S. 44. — Doktrinär S. 45. — Zyniker S. 46. — Willensmensch S. 47. — Der „soziale" und der „wissenschaftliche" Arzt S. 47. — Die Erstbesprechung: Einstellung des Kranken S. 49. — Diagnose S. 50. — Wahrheitsverpflichtung S. 51. — Vertrauen S. 51. — Prognose S. 52. — Konsultation S. 53. — Autoritätsfrage S. 53. — Widerstände: Die Zeitfrage S. 54. — Standes-, Bildungs- und Anschauungsunterschiede S. 55. — Familiäre Einflüsse; Kinderpraxis S. 56. — Der Entlarvungsversuch S. 57. — Der „menschliche Widerspruchsgeist" als Sonderfall allgemeinen Geltungsstrebens S. 58. — Der seelische „Kampf ums Dasein" S. 58. — Äußerlichkeiten S. 59. — Kollegen S. 59. — Indirekte Psychotherapie: Primitiv und rationell S. 60. — Täuschung, Erwartung, Umgehung des Widerspruchs, Dankbarkeit, Hemmungsbeseitigung, Gewöhnung, Nachahmung, Autorität, Aberglauben: Komplexes Heilungserlebnis S. 61. — Indikationen: eng für primitive Indirekte. Schwachsinn als Ausnahme-Indikation. Universell für rationelle Indirekte: Heilmittel, Verordnung, Verbot, Fürsorge S. 63. — Äußerliches: Ort der Behandlung S. 69. — Liquidation 1. 70.

4. **Die Hypnotherapie** . . . . . 71—103

Umschreibung S. 71. — Suggestion: Grenzen S. 71. — Nachbargebiete. Psychische Ansteckung; Affektbindung; Automatismen; Konzentrationen; Traumleben S. 73. — Suggestibilität S. 75. — Primäre (reine) und sekundäre Suggestion S. 76. — Hypnose und Suggestion S. 76. — Grade der Hypnose S. 78. — Hypnotische Erscheinungen S. 79. — Technik S. 80. — Psychische Vorbereitung S. 80. — Formen: Rein suggestiv, Redaktion der Suggestion S. 85. — Beruhigend S. 88. — Erholend S. 88. — Analytisch, Hypermnesie S. 91. — Allgemein psychotherapeutisch S. 92. — Diagnostisch S. 94. — Indikation: Sparsamkeit als Grundregel S. 97. — Äußere Umstände S. 97. — Artung des Kranken S. 97. — Hysterie und Hypnose S. 98. — Refraktäre S. 97. — Kontraindikationen S. 99. — Hypnose bei Kindern und in der Pädagogik S. 100. — Dosierung: Dauer S. 100. — Tiefe S. 101. — Häufigkeit S. 102. — Protrahierte Hypnose S. 101. — Fehlerquellen S. 102. — Gefahren S. 102.

5. **Die Psychoanalyse** . . . . . 103—138

Ausgangspunkt und Notwendigkeit „historischer" Darstellung S. 103. — Psychokatharsis S. 104. — Psychisches Trauma S. 105. — Verdrängung S. 107. — Determinierung und Überdeterminierung S. 108. — Reminiszenz und Symptom S. 109. — Völlige und teilweise Deckung S. 109. — Mitsprechen der Symptome S. 110. — Zeitliche und örtliche Gemeinsamkeit S. 111. — Psychkatharsis im Rahmen allgemeiner Psychotherapie S. 113. — Eigentliche Psychoanalyse (Freud) S. 114. — Wider-

Seite

stand S. 115. — Affektdynamik S. 115. — Angstneurose S. 115. — Sexualität S. 115. — Symbol S. 115. — Traumdeutung S. 116. — Unberechtigte physiopsychologische Einwände S. 118. — Psychopathische Phantasien S. 119. — Sexualtheorie S. 120. — Fehlbeispiele S. 122. — Kern und Schale S. 122. — Neurotische Familienfixierung S. 123. — Psychoanalyse im Rahmen allgemeiner Psychotherapie S. 123. — Die Züricher Schule S. 124. — Bleuler S. 124. — Jung S. 124. — Assoziationsversuche S. 124. — Tatbestandsdiagnostik S. 128. — Der Zerfall der Psychoanalyse S. 130. — Zusammenfassung S. 134. — Sublimierung S. 135. — Gefahren der Psychoanalyse S. 135. — Laienpsychoanalyse S. 135. — Die Bedeutung der Einstellung S. 135. — Indirekt und allgemein psychotherapeutische Momente in der Psychoanalyse S. 135. — Technik und Indikation der Psychokatharsis S. 136.

6. **Allgemeine Wachpsychotherapie** . . . . . 138—175

Umschreibung S. 138. — Abgrenzung S. 138. — Populärpsychotherapeut, Heilpädagoge, Pädagoge, Geistlicher, Berufspsychologe S. 139. — Schematischer Einteilungsgesichtspunkt: Welche Seite der Bewußtheit wird besonders benutzt? S. 140. — Einstellung und Aufmerksamkeit: Reiz-, Shock- und Überumpelungstherapie S. 141. — Äußere und innere Ablenkungstherapie S. 143. — Konzentrationsübungen und ihr Mißbrauch durch Laien S. 144. — Ruheübungen S. 147. — Levy-Suhls Einstellungsversuch S. 147. — Empfindungen S. 148. — Gefühle S. 148. — Affekte S. 148. — Stimmungen: Unlust S. 148; Schmerztherapie, bewußte und unbewußte moralische Abhärtung S. 148; Lust S. 150. Verwöhnung S. 150; Gefühlslagen und Affektivität S. 150; affektive Zustände und Eigenheiten S. 153; Augenblicks- und Dauerwirkungen S. 153; Schwierigkeiten S. 153; Stimmungen S. 154; „Verärgerungstherapie" S. 155. — Assoziations- und Gedächtnisfunktionen: Assoziationstherapie S. 156; mnemische Therapie S. 157; experimentelle Psychologie im Dienste der Wachpsychotherapie, Merk-, Lern- und Aufmerksamkeitsmessungen als „Prüfungsexperiment" S. 158; Prägung (Persuasion) S. 169; Autosuggestion S. 170; Vernachlässigungen und Ignorierungstherapie (Bruns, Ziehen) S. 171; psychische Abstinenzkur (Binswanger) S. 171. — Voluntarität nur sinnvoll im Rahmen der Gesamtpersönlichkeit S. 172; ihre Stufen: Triebhandlung, Strebung, Wunsch- und Willenshandlungen S. 172; motorische und allgemeine Disziplinierung S. 173. — Rationelle Wachpsychotherapie im engeren Sinne: Möglichkeiten S. 175; Janet, Dubois S. 176; Persönlichkeitsfrage S. 176. — Indirekte Verfahren: Milieu, seelische Hygiene S. 177; Beschäftigungs- und Arbeitstherapie S. 177; Konfliktberatung S. 178. — Psychopathologie als unerläßliche Grundlage der wissenschaftlichen Psychotherapie S. 179.

7. **Die Heilpädagogik** . . . . . 179—204

Hauptaufgabe S. 179. — Sinneskrüppel: Blinde S. 179; Selbstschilderung eines blind geborenen Akademikers S. 180; psychotherapeutische Aufgaben bei Sinneskrüppeln S. 192; Taubstumme und Taubstummblinde S. 192. — Schwachsinnsfürsorge: Erziehungspflege und Übungsschulung bei Idiotie S. 193; Unterrichts-

Seite

plan (Heller) bei Imbezilität und Debilität S. 200. — Die Intelligenzfrage: Komplexe Natur der Intelligenz (W. Stern) S. 202; Arten der Intelligenz S. 202; Prüfungen S. 203; Kenntnisprüfungen, Lern- und Lebenswissen (Rieger, Ziehen, Binet-Simon) S. 202; Staffel- und Tastmethoden (Bobertag-Chotzens Modifikation der Staffelprüfung) S. 203; Lobsiens Ergänzung S. 203; Hinweise auf die Intelligenzprüfungen Erwachsener S. 204.

III. Besondere Aufgaben allgemeiner Art der Psychotherapie . . . . . 205—340

8. Empfindungs- und Vorstellungsstörungen . . . . . 205—224

Gegenstands- und Zustandsbewußtsein S. 205. — Empfindung, Gefühl, Gefühlsempfindungen (Stumpf) S. 205. — Empfindungsstörungen: Gesicht S. 206. — Gehör S. 208. — Geruch und Geschmack S. 213. — Getast S. 216. — Gefühlsempfindungen S. 218. — Scheinempfindungsstörungen S. 219. — Vorstellungsstörungen: Unzulänglichkeiten der Vorstellungstypen S. 219. — Ausbleiben von Vorstellungen S. 219. — Obsedierende Vorstellungen S. 220. — Vorstellungsentstellung S. 223.

9. Affektive Störungen . . . . . 224—254

Umgrenzung S. 224. — Affektivität (Bleuler): Triebhaftes und rein Affektives S. 224. Triebgrenzen zum Voluntären S. 224. — Eigentlich Affektives: Konstitutionell (Temperament), Stimmung, Emotion, Affekt, affektive Entwicklung, Pseudoaffekt S. 225. — Primär und sekundär, reaktiv und endogen S. 226. — Affektive Eignung und Differenzierung S. 226. — Differenzierung und Sublimierung S. 227. — Maßlose Affektreaktionen: Shock S. 228. — Traumatische Neurose S. 229. — Lebenslüge S. 232. — Affektive Einengung, ihre Durchbrechung S. 232. — Verstärkte Sekundärfunktionen von Affekten, ihre Grundlage S. 234. — Notwendigkeit vielseitiger und individueller Psychotherapie S. 236. — Subjektiv quälende affektive Störungen: Depressionen, Zyklothymie S. 236. — Emotionell hyperästhetische Schwächezustände (Bonhöffer) S. 241. — Angstzustände S. 241. — Angstgefühle und Angstvorstellungen S. 241. — Erwartungsneurosen (Kräpelin) S. 244. — Schwer erziehbare Kinder (Czerny, Gregor) S. 244. — Systematik der Psychotherapie affektiver Störungen: Echtheit, Stärke, Dauer, Korrespondenz oder Isolierung affektiver Gebilde S. 246. — Affektstärke und Hemmungen S. 248. — Vorstellungsgehalt, Einsicht S. 249. — Verhalten der affektiven Störung zum Persönlichkeitsganzen: Eigengefühl, Beherrschung, allgemeine und spezielle affektive Einengung, Sekundärfunktion und Ausdrucksfähigkeit S. 249. — Voluntäre Beziehungen S. 249. — Entlarvung, Lösung, Bindung, Zielsetzung, Ersatzrichtung, Ableitung, Hemmung und Gewöhnung S. 250. — Affektive Entwicklung S. 251. — Sexualleben S. 252. — Der affektive Willensmensch als Ziel der Psychotherapie affektiver Störungen S. 254. — Motivdifferenzierung S. 254.

10. Denkstörungen . . . . . 254—272

Psychologische Schwierigkeiten S. 273. — Affektive mnemische und assoziative Wurzeln von Denkstörungen S. 273. —

Seite

Psychasthenische Denkstörungen S. 255. — Überwertige Ideen S. 256. — Schizophrenes Denken S. 256. — Zwangsdenken S. 256. — Fall konstitutionellen Zwangsdenkens und Behandlung S. 257. — Übersicht über Gang und Ziele solcher Behandlung S. 272.

11. **Willens- und Bewußtseinsstörungen** . . . . . 273—287

Zielhaftigkeit und Aktivität der Willenserlebnisse S. 273. — Das Moment der Wahl S. 273. — „Energische" Menschen S. 273. — Aktivität und Reaktivität S. 274. — Willensfestigkeit und Willensstärke S. 274. — „Selbstbeherrschung" S. 275. — Produktive und hemmende Willensleistung S. 275. — Willenskrampf S. 275. — Willensablauf: Ausgangssituationen, Entschluß, Ausführung, Vollendung S. 275. — Mechanisierter (passiver) Pseudowille S. 276. — Pensionierungsbankerott S. 276. — Isolierte und allgemeine Willensstörungen S. 277. — Isolierte Willensstörungen: Zusammenhang mit Persönlichkeit S. 277. — Schädigung durch schematische Behandlung S. 280. — Allgemeine Willensstörungen: Primäre und sekundäre Willensschwäche S. 281. — Produktive und Hemmungsschwäche S. 282. — Willenskontinuität S. 283. — „Unwiderstehliche" Gewohnheiten, Suchten und Triebe S. 283. — Abnorme Willensziele S. 285. — Simulation S. 286. — Bewußtseinsstörungen: Hysterische Anfälle S. 286. — Erregungs- und Verwirrungszustände S. 286. — Depersonalisation S. 287.

12. **Somatische Störungen** . . . . . 287—299

Einteilung: Begleitende und wesentliche Psychosymptome körperlicher Erkrankung S. 287. — Direkte Psychotherapie somatischer Symptome S. 288. — Begleitende Psychosymptome: Psychotherapeutische Bedeutung ausreichender Dosierung bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln S. 289. — Asthma S. 289. — Magendarmnervöse S. 291. — Wesentliche Psychosymptome: Enuresis S. 292. — Onanie S. 296. — Stottern S. 296. — Schreckzittern S. 296. — Suggestive Analgesie S. 298. — Direkte Psychotherapie somatischer Symptome: Obstipation S. 298. — Vasomotorische Neurose S. 299.

13. **Die Persönlichkeitsfrage** . . . . . 299—324

Das Persönlichkeitsganze S. 299. — Intelligenz, Charakter, Persönlichkeit S. 299. — Psychovitalismus S. 300. — Angewandt psychologische und psychiatrische Vorarbeit S. 300. — W. Stern S. 300. — Beispiel eines Psychogramms S. 302. — Biologie der Persönlichkeit S. 302. — Intelligenz S. 310. — Charakter: Temperamente S. 311. — Klages S. 311. — Struktur und Qualität des Charakters S. 311. — Persönlichkeitskapital und Persönlichkeitserwerb S. 312. — Harmonie der Persönlichkeit S. 313. — Unterschied von Persönlichkeit und Charakter S. 313. — Schwierigkeiten der Persönlichkeitserfassung: Objektivitätsforderung, Suggestivfragen S. 313. — Persönlichkeitsentwicklung S. 315. — Möglichkeiten reiner Entwicklungsstörungen S. 315. — Krisen S. 316. — Einfluß der Umwelt S. 316. — Reifung und Leistung S. 317. — Persönlichkeitswandlung S. 317. — Kritische Phasen S. 317. —

Seite

Konfliktberatung S. 317. — Arten der Konflikte S. 317. — Belastungsprüfungen S. 320. — Persönlichkeitstypen S. 321. — Soziale Einordnung S. 322. — Schutz und Abwehrmechanismus der Psyche S. 323. — Selbständigkeit der Persönlichkeit S. 324.

14. **Psychopathologische Typen** . . . . . 324—334
Beispiele alltäglicher Typen S. 324. — Rudimentäre Formen echter Psychosen: Intelligenzdefekt S. 324. — Zyklothymie S. 325. — Paranoid S. 325. — Epileptoid S. 325. — Schizophoren (verschroben) S. 326. — Zwang S. 326. — Impulsiv S. 326. — Eigentlich konstitutionell Abnorme: Mnemisch dissoziert S. 326. — Unbewußt dissozierter, hysterischer S. 327. — Perseveratorisch S. 328. — (Affektiv): Verstimmte S. 328. — Übersensibele S. 329. — Egozentrische S. 330. — (Voluntär): Passivistische S. 330. — Eigensinnige S. 331. — Bösartige S. 331. — (Allgemeine Reaktion) erethische S. 332. — Torpide S. 332. — Phantastisch-psychopathische Konstitution S. 332.

15. **(Anhang) Massenpsychotherapie** . . . . . 333—339
Massenpsychologie S. 333. — Direkte und indirekte Massenpsychotherapie S. 335. — Soziale Persönlichkeitsforderungen S. 335. — Heilfaktoren der Gemeinschaft S. 335. — Das Heim S. 336. — Massenindividualisieren S. 336. — Unterbringung und Verpflegung, Vergünstigung S. 336. — Aktive Teilnahme des Einzelnen S. 336. — Freiheitsfrage S. 337. — Beschäftigung S. 337. — Überleitung in Beruf S. 338. — Einfache Massenpsychotherapie in jeder Krankenanstalt durchführbar S. 338. — Beamtete und soziale Ärzte S. 338. — Massenpsychotherapie eine soziale Erziehung S. 339.

IV. 16. Das Ziel der Psychotherapie . . . . . 339—340
Schlußbemerkungen: Klare Abrechnung, Inventarisierung, Anpassung S. 339. — Wege vom Ich zur vollwertigen Persönlichkeit S. 340. — Universelle Psychotherapie S. 340.

Sachverzeichnis . . . . . 343—346
Autorenregister . . . . . 347—348

I. Die Möglichkeiten der Psychotherapie.

1. Psychologische Orientierung.

Psychotherapie ist Krankenbehandlung durch rein seelische Beeinflussung, nicht Behandlung seelischer Störungen. Denn auch bei jeder „körperlichen" Erkrankung, soll ihre Behandlung nicht zum ödesten technischen Routinement herabsinken, muß der Mensch als Ganzes Berücksichtigung finden, müssen seelische Kräfte für den Heilzweck dienstbar gemacht werden.

Wenn auch die reinste Psychotherapie vorwiegend seelisch-nervösen Störungen zugewandt ist, so reicht doch die allgemeine psychotherapeutische Machtsphäre unendlich viel weiter in die allgemeinste ärztliche Praxis; sie hier rationell verwerten ist aber nur möglich bei einiger Kenntnis der reinen Psychotherapie, ähnlich, wie etwa eine sachgemäße Erledigung allgemein-praktischer Diätfragen nur auf Grund einiger Kenntnisse der physiologischen Chemie und der Hygiene möglich ist.

Psychotherapie wertvollster Art kann geleistet werden ohne eine prinzipielle Vorstellung ihrer Grundlagen und ihres Mechanismus; künstlerisch fühlend kann in das seelische Leben eingegriffen, können seelische Abläufe beeinflußt werden. Wieviel Frauen bilden als Mütter oft sehr eigenartige kindliche Seelen in vollendeter Form heran, ohne sich je mit den Prinzipien der Psychologie auseinandergesetzt zu haben! Wieviel Vorgesetzte kommen in Berufen aller Art mit „schwierigen" Untergebenen aus, unter denen häufig Charakterspielarten vertreten sind, die der ärztlichen Untersuchung und Behandlung zugehören. Hier waltet allgemeine Wirkung von Mensch auf Mensch, von Psyche zu Psyche, deren unerläßliche Vorbedingung Menschenkenntnis und ein warmes Herz sind.

Es ist nochmals zu wiederholen, daß so, ohne alle begriffliche Klärung und theoretische Verarbeitung Glanzleistungen geschaffen werden können. Aber diese Art der Psychotherapie ist kaum

darstellbar, geschweige denn lehrbar; durchsetzt mit Imponderabilien und ganz aufgehend in der lebendigen Regsamkeit psychischen Seins mit seinen unendlich vielen Seiten und von Sekunde zu Sekunde wechselnden Gestaltungen ist eine solche Psychotherapie ein künstlerisches Erlebnis und — gleich der Kunst — nur teilweise im Technischen, nicht im ureigensten Wesen zu übermitteln.

In aller Anerkennung dieses seltenen Künstlertums sollen hier einige Überlegungen Platz finden, die geeignet sind, dem arbeitenden und lernenden Psychotherapeuten Streiflichter zu streuen; es ist wenig genug Klarheit gegenüber der unsäglichen Fülle offener Fragen.

Mit dem lebendigsten Teil des Lebens, dem Spannungsbrennpunkt des Seins hat der Psychotherapeut zu arbeiten und unabweislich rücken letzte Fragen über das ganze Sein in seinen Gesichtskreis.

Die Seele ist kein Körperteil, sondern der Körper ein Seelenteil; von diesem Standpunkt aus muß der Psychotherapeut an seine Arbeit herantreten. Dabei ist selbstverständlich im Sinn zu behalten, daß der Psychotherapeut vor allen Dingen Arzt ist. Die Mehrzahl seiner Kranken hält sich — und meist mit Recht — für körperlich krank. Ehe die Psychotherapie begründeter Weise die Führung übernimmt, muß mit der Sicherheit, die der jetzige Stand unserer wissenschaftlichen Erfahrung bietet, der Einfluß einer körperlichen Erkrankung oder störenden körperlichen Eigenart klargestellt sein und versucht werden, ihm entgegenzuwirken; nur in seltenen Fällen wird der Einfluß psychotherapeutischer Maßnahmen auch diagnostisch verwertet werden dürfen, besonders bei ungewöhnlich schwierigen Entscheidungen zwischen funktionellen und organischen Nervenerkrankungen. Mit Ausnahme dieser wenigen Fälle muß als absolute Vorbedingung für jede psychotherapeutische Behandlung die restlose Begrenzung oder Ausschließung körperlicher Erkrankung gefordert werden. Ihr Vorhandensein schließt an und für sich psychotherapeutisches Eingreifen nicht aus; aber nur vollständige diagnostische Klärung erlaubt eine sichere psychotherapeutische Indikation.

Dem Kranken ist seine Krankheit in den meisten Fällen ein einheitliches Erlebnis; ihm scheidet sich nicht „funktionell" und „organisch". Dieser Lebenseinheit tritt der Arzt mit den ihm selbstverständlichen Grundlagen medizinischer Analyse gegenüber und läuft nur allzu leicht Gefahr, dabei einer gewissen Einseitigkeiten zu verfallen.

So scheint es zweckmäßig, vor der Erörterung der Möglichkeiten der Psychotherapie an einige allgemeine Gesichtspunkte zu erinnern:

Der Einheit des Erlebens stellt sich die Vielfältigkeit der Betrachtung entgegen; sie läßt leicht eine Reihe von Seinsschichten erkennen, die auf den ersten Blick fast unabhängig voneinander scheinen oder nur einen gewissen „Parallelismus" zeigen.

Als tiefster Grund trägt die gesetzmäßig ererbte Keimmasse den Bau der weiteren Schichten; in ihr am nächsten begründet folgt die organologische, konstitutionell-somatische Schicht, die aber doch, im Gegensatze zu der fatumhaften ersten schon in die dritte, die Schicht der Funktionen hereinreicht. Diese löst sich noch deutlicher von den starren Gesetzen der Anatomie, und das weite wandelbar fließende Reich der Physiologie beginnt, dessen Gesetzen sich auch Wachstum und Entwicklung einordnen. Therapeutisch steigen wir von der Möglichkeit rein physikalischer Beeinflussung zur physikalisch-chemischen auf. Hier finden wir das weite Gebiet funktionell-somatischer Störungen; sie sind im entwickelten Organismus innig verbunden mit Funktionen des Nervensystems und ihren Abweichungen, und diese leiten herüber zu dem Spezialgebiet reinster Psychotherapie, den psychischen Erscheinungen, deren Einzelbeobachtung und -beeinflussung wieder eine neue Orientierung fordert, die psychologische.

Jeder dieser Wege scheint sich von den anderen zu entfernen; der chemisch analysierte Muskel ist der physikalischen Untersuchung verloren, die psychologische Gesetzmäßigkeit zunächst der Hirnphysiologie fremd; und doch sind diese Trennungen nur scheinbare, geschaffen durch verschiedene Beobachtungsschichten an der Einheit des Organismus und im Gegensatz zu der Erlebenseinheit des Subjektes.

In der Tat lehrt die alltägliche Erfahrung, das die „Schichten" in nächster Abhängigkeit voneinander stehen; die gleiche Menge eines differenten Stoffes z. B. Alkohol, einer Reihe von Individuen gegeben, läßt ihre Wirkung gesetzmäßig, aber oft im einzelnen unentwirrbar, und nur in den seltensten Fällen exakt bestimmbar schwanken nach Anlage, Körperbau, Organfunktionen; und entsprechend schwanken die biologischen Höchstfunktionen, die psychisch-nervösen.

Aber nicht nur exogenen Schädigungen gegenüber bleibt die Einheit gewahrt; sie herrscht auch in absolutester Weise im Innen-

getriebe. Erbmasse, Organkonstitution, Organfunktion und Neuropsychismus stehen in der innigsten Wechselbeziehung.

Eben dieser Wechselbeziehung wegen ist psychotherapeutische Beeinflussung keineswegs auf „rein psychische" Symptome und Erkrankungen beschränkt, sondern ihr Einfluß erstreckt sich weit in das sogenannte funktionelle Gebiet; „der Körper ist ein Seelenteil", damit ist — bei kritischer Benutzung — der psychotherapeutische Standpunkt kurz gekennzeichnet. Es ist nicht Aufgabe dieser kurzen Darstellung, die anschließenden Grundprobleme zu erörtern, zumal dies die ärztlich-naturwissenschaftlichen und medizinisch-psychologischen Kompetenzen weit überschreiten würde. Für die hier vorliegende Aufgabe einer Einführung in die Psychotherapie reicht der Hinweis auf die Erlebnis- und biologische Einheit der vier Hauptbetrachtungsschichten und ihre innigste Verknüpfung aus, und es erwächst als nächste Aufgabe, die psychischen Erscheinungen und die Wege zu ihrer Erkenntnis kurz zu charakterisieren.

Auch dieses Seinsgebiet zeigt sich je nach dem Erkenntnis- und Darstellungswege verschieden und die Wege in die Eigenwelt des Seelischen sind sehr vielfache.

Ein weitverbreiteter Irrtum behauptet, daß für den Unvoreingenommenen das seelische Leben an und für sich das primäre sei; die vorurteilslose Beobachtung des Alltages lehrt das Gegenteil. Die Mehrzahl der Menschen lebt im allgemeinen in „Tatsachen", „Konstatierungen" und allenfalls meist stark körperlich orientierten Bedürfnissen und ihrer Befriedigung. Nicht Sinnesempfindungen, sondern ihr urteilhaftes Resultat füllen die Wahrnehmungswelt des Individuums; nicht eine Strebung, ein Wunsch sondern ihr Inhalt — „daß dies oder jenes Ereignis, dieser oder jener Gegenstand usw. erreicht werde" — wird erlebt; nicht, daß jetzt Schreibbewegungen, Lesesymbole vollzogen werden, sondern daß dieser oder jener Inhalt vorhanden, daß er gut oder schlecht, richtig oder falsch sei, ist das unmittelbar Erlebte. Solche Beispiele ließen sich leicht vermehren; und aus diesen im Erleben völlig komplexen Erfahrungen bildet sich ein Niederschlag von individuell sehr schwankender Art, der als Grundlage weiterer Erfahrungen eine Hauptquelle der „Populärpsychologie" bildet, einer systemlosen, wenig analytischen Kombination meist komplexer Erfahrungen, in der lediglich auf Grund jahrtausendlanger praktischer Erfahrung die seelischen Erscheinungen eingeordnet, beschrieben

und verstanden werden. Bezeichnend ist für die Populärpsychologie bei der Beurteilung fremden Erlebens noch ein stark kausaler und wertender Zug; eigenes komplexes Erleben in primitiven Analogien übertragend schafft sie sich in erstaunlicher Schnelligkeit ein Bild des fremden Erlebens, das notwendigerweise ebenso oft durch intuitive Richtigkeit, als durch völlige Verkennung überrascht. Aber nur auf den ersten Blick; denn die Eigen- und Fremdbeobachtung und -beurteilung dieser Art kann gar nicht anders ausfallen; sie schöpft auf der einen Seite aus dem größten Material, sie wächst sozusagen organisch aus dem vollen Leben, andererseits geht sie meist an den Grundphänomenen völlig vorbei. Immerhin leistet sie bei eindrucks- und urteilsfähigen, namentlich weiblichen und künstlerischen Naturen oft Vollendetes in der Einzelauffassung; denn „zunächst lebt der Mensch mehr in den anderen, als in sich selbst; mehr in der Gemeinschaft, als in seinem Individuum" (Scheler); so erlebt der in seiner Unmittelbarkeit nicht veränderte Mensch den Mitmenschen direkter; und mehr als Ganzes; entsprechend der Erlebenseinheit, ohne daß eine bewußte oder unbewußte Leistung, eine „Einfühlung" erforderlich wäre.

Mit denselben Prinzipien arbeitet im allgemeinen der Jurist, der Historiker und der Arzt in der Praxis; so ist es leicht verständlich, daß die Darstellung komplizierter seelischer Anomalien, wie z. B. der hysterischen Reaktionsweise bei verschiedenen Autoren, so sehr verschieden ausfällt. Für die psychotherapeutische Erkenntnis und Behandlung wird die Populärpsychologie stets unentbehrlich bleiben; wie denn immer die Praxis mehr verlangt, als die Theorie geben kann — sie verhält sich eben unmittelbarer zu den Lebenserscheinungen —, so auch beim psychotherapeutischen Arbeiten; aber wer wissenschaftliche Psychotherapie anstrebt, muß sich der großen Gefahren jederzeit bewußt sein, die in der Verwertung populärpsychologischer Gesichtspunkte liegen, bei aller Anerkennung der unendlichen hier gebotenen Bereicherungen.

Das Gebiet des Seelischen läßt sich nur unter dem Begriff des Funktionellen fassen; es ist die biologische Höchstfunktion. Ihr letzter Grund ist die Bewußtheit, das Bewußtsein; nicht in dem Sinne, daß seelisches Erleben bald intensiver, bald „dunkler zum Bewußtsein kommt", wobei die Analogie mit den optischen Erlebnissen immer zur Verwendung räumlicher Bilder führt, so daß vom „ins Bewußtsein treten" u. dgl. die

Rede ist, sondern in dem Sinne des Icherlebens, der Selbstheit als letzter Instanz. Daß „ich" es bin, der erlebt, ist für jedes menschlich-seelische Eigenerleben die Grundlage.

Man spricht von „innerer Erfahrung" oder „Selbstbeobachtung"; als könne das Ich sich teilend bespiegeln. Nähere Beobachtung lehrt, daß hier ein Mißverständnis obwaltet; „ich" beobachte nicht „mich", sondern vergegenwärtige mir die eben gehabten Eindrücke. Die Einheit des Icherlebens bleibt gewahrt; mögen wir noch so sehr uns experimentell-vorurteilslos einem gestellten Eindrucke hingeben und ihn nachher, rückschauend, wiederzugeben und zu analysieren suchen; auch hier zerfällt Erlebnis und Betrachtung und nur mit dieser Einschränkung dürfen „innere" und „äußere" Erfahrung in Gegensatz gestellt werden, nicht als ob eine „direkter, unmittelbarer" wäre.

Der Unterschied beider Erfahrungsweisen bleibt gleichwohl bestehen; sie führen zu verschiedenen **Darstellungsweisen des Seelischen.**

Die innere Erfahrung läßt sich nach verschiedenen Gesichtspunkten zergliedern; mit Hilfsbegriffen der Physiologie arbeitend, ordnen wir das Seelische in die Regeln von Reiz und Reaktion ein; es ergeben sich als „elementare Erlebnisse" die Sinnesempfindungen (Getast, Gesicht, Gehör, Geschmack, Geruch), die zu Vorstellungen zusammentreten; ihre Spur (Engramm Semons) liefert das Material für mnemische Empfindungen, die das Wiedererkennen vermitteln oder als Erinnerungen erlebt werden; oder „Vorstellungen" verknüpfen sich, sie „assoziieren" sich, wobei auch ihre Gefühlsbetonung von Einfluß ist; sie führen von der bunten Einzelvorstellung über die blassere allgemeine Vorstellung zur Begriffsvorstellung. Die Erweckung der Spuren beim Wiedererkennen und Erinnern, Semons Ekphorierung, soll nach Ansicht dieses Autors stets ganze Eindrucksmassen anregen („simultane Engrammkomplexe"), von denen nur Teile erlebt werden, die dann „assoziativ verbunden" scheinen, während sie in Wirklichkeit einer gemeinsamen, in ihren Spuren (Engrammen) einheitlichen Eindrucksmasse angehören; durch Sinnesreize wird im allgemeinen die passive, durch Vorstellungen „aktive" Aufmerksamkeit bestimmt.

Die Annäherung dieser „anatomischen" Psychologie an mechanistische Auffassungen hat ihr stets unter Ärzten viele Freunde gewonnen; sie erlaubt, sich von seelischen Vorgängen einfache und doch detaillierte Darstellungen zu geben. Das seelische Leben

löst sich in ein Spiel greifbarer Elemente, der Vorstellungen, und bei entsprechender Erweiterung dieses Begriffes gibt eine solche „Assoziationspsychologie" ein recht brauchbares praktisches Schema. Es darf nur vorausgesetzt werden, daß jede „Vorstellung" ein gewisses Eigenleben besitzt, daß sie eine Energie enthält, deren Spender oft das Gefühlsleben ist, daß sie eine Entladungsbereitschaft motorischer, sprachlicher Art u. dgl. hat, daß ihre Verbindung mit anderen Vorstellungen eine gewisse „Spannung" zur Voraussetzung hat und daß auch dem Erleben nicht deutliche, unbemerkte, „un- oder unterbewußte" Vorstellungen eine wesentliche Rolle spielen, — und es gelingt, von vielen seelischen Vorgängen und Zuständen ein Schema zu geben. Als weiterer Vorzug dieser Darstellungsweise darf hervorgehoben werden, daß die so leicht mißdeutete Annahme eines „Willens" überflüssig wird. Seine Rolle wird von den fördernden und hemmenden, dynamisch kämpfenden Vorstellungen und Vorstellungsmassen (Komplexen) übernommen. Der regelrechte Gedankenablauf wird durch die Annahme von Ober- und Zielvorstellungen erklärt; das Ichproblem durch Heraushebung einer besonderen Vorstellungsgruppe, der „Ichvorstellung" („Ichkomplex"), mit dem andere mehr oder weniger eng in Verbindung treten können. So wird die „Vorstellung" zur psychischen Einheit, zum Psychismus.

Ihre Ableitung aus elementaren Reizvorgängen erlaubt auch weitgehende Anwendung experimenteller Untersuchung, indem der Untersucher Assoziationen stiftet oder ihr Vorhandensein studiert usw.

So ist die Wahrnehmung einer Rose, um das Beispiel Ziehens zu benutzen, psychologisch so aufzufassen, daß die einzelnen Sinneseindrücke: die Farbe, der Geruch, die Weichheit usw. früheren, ebenso empfangenen Sinneseindrücken und deren Spuren entsprechen. Diese Spuren haben damals im Zusammentreten die „Wahrnehmungsvorstellung" einer Rose ergeben, wozu durch Gehörsreize das Wort „Rose" trat. Alle diese damals gleichzeitigen Sinneserregungen hinterlassen Spuren, Engramme, die nun von einem ihrer wesentlichen Teile wieder miterregt werden. Wird z. B. nur der Duft der Rose wahrgenommen, so schwingt die Spurerregung vom Engramm des Rosenduftes zu den früher gleichzeitigen anderen Teilspuren: Farbe, Weichheit, Wortklang usw. und die Summe dieser Teilerregungen entspricht in ihrer Verknüpfung, ihrer „Assoziation" dem Vorstellungserlebnis „Rose": die Rose wird wiedererkannt.

Oder, um ein komplizierteres Beispiel zu wählen, es überkommt einen Menschen in einer zweifellos neuen Lebenslage das unabweisliche, ahnungsvolle Gefühl, er habe diese Situation genau so schon einmal erlebt; so wie jetzt lag der Sonnenschein drüben auf den Bergen, so wie jetzt hob der Herr gegenüber die Hand; jetzt mußte er herantreten und eben die Worte aussprechen. . . . Das bekannte Erlebnis des déja vu. Während der Erlebende völlig von der Eigenart des Erlebnisses hingenommen ist, wird dem assoziations-psychologisch Geschulten nicht ganz selten der Nachweis glücken, daß jenes halb unheimliche Bekanntheitsgefühl zu Unrecht dem ganzen Erlebnis angehängt wird. Ein Teil des Erlebnisses — vielleicht eher jene Sonnenbeleuchtung auf den Bergen — war einst, meist in einer bedeutsamen Situation, ebenso gegeben. Die Erinnerung an die Situation wird nicht erlebt; aber ihr „Gefühlston" breitet sich so zwingend über das Ergebnis, daß er die Bewußtheit jenes zweiten Augenblicks völlig durchflutet und beherrscht.

Auch weiter kann der Assoziationspsychologe vorzudringen versuchen; er kann fragen, warum diese in ihren Gefühlston so mächtig unterstützte ältere Vorstellung nicht die Helligkeit bewußten Erlebnisses erzwang? Ob sich Anhaltspunkte finden lassen, warum ihre „Entladungsenergie" gebunden oder anderweitig abgeleitet war? Warum gerade sie nicht genügend gleichgespannte Vorstellungsmassen fand, um mit der „Ich-Vorstellung" in Verbindung zu treten, um „bewußt" zu werden? Warum sie als unterbewußte Vorstellung dem Erlebenden fremd blieb usw.?

So würde eine konsequent assoziationistische Verarbeitung gerade bei Erlebnissen dieser Art zu ungemein brauchbaren Fragestellungen führen und eine dynamisch-energetische Abrechnung ermöglichen.

Aber so brauchbar die Assoziationspsychologie als Schema ist, so sehr muß es bedenklich erscheinen, so komplizierte, oft gequält konstruierte Einheiten, wie die „Vorstellungen", fast schon kleine Sonderseelen, zu setzen.

So stellen sich der „Vorstellungspsychologie" andere Darstellungen gegenüber, die in der Ursprünglichkeit der Gefühle oder in der unabweisbaren Einheit des Willenserlebnisses das Grundphänomen sehen, entweder rein psychologisch oder an physiologische Erfahrungen anknüpfend, wobei entweder die Tatsachen der Sensibilität, der Reizsamkeit und des Reflexes oder der Triebe als Analoga dienen.

Beide Anschauungen stehen in gemeinsamem Gegensatze zur Assoziationspsychologie, da sie das Grundphänomen nicht im Zusammenspiel einzelner Faktoren, sondern in einer einheitlichen Tendenz suchen; sei es das Gefühlsleben, sei es die Willenssphäre: es resultiert ein einheitliches, führendes Prinzip, das der Erlebenseinheit entspricht und dem allgemein biologischen Geschehen sich einordnet; denn auch hier herrscht ohne Annahme teleologisch gesteuerter Triebe keine Regel; so entwickelt sich ein Psychovitalismus mit allen Gefahren eines Vitalismus, die aber kritische Verwendung erkennen und vermeiden läßt.

Gleichgültig, ob Gefühl- oder Willensprinzip als Ausgangspunkt dienen, tritt in beiden Darstellungen der Wahrnehmungsvorgang hinter dem Ich-Erlebnis zurück; er baut nicht wie in der Assoziationsauffassung, die seelischen Zusammenhänge aus Sinneseindrücken auf, sondern gibt mit diesen nur Material, das nicht nur sinnesgemäß bemerkt, sondern wahrgenommen (apperzipiert) wird; auch das Problem der Aufmerksamkeit erhält eine andere Beleuchtung; an Stelle einer Vorstellungsdynamik mit komplizierten Zusatzkoeffizienten erwächst das Bild geschlossener Strebung, und die Bewußtheitseinheit wird zu gleicher Zeit Voraussetzung für den regulären Ablauf und eine synthetische Leistung; „das Bewußtsein" kann als Summe der Funktionen definiert werden (Wundt), und die Gefahr der räumlich-optischen Analogien wird gemildert. Zugleich bietet die Annahme helldunkler Gefühle oder Strebungen im Gegensatze zu „unbewußten Vorstellungen" keine wesentliche Schwierigkeit mehr.

So zweigen sich beim Darstellungsversuch des Seelischen auf Grund bestimmter Annahmen bereits drei Auffassungsweisen ab, die assoziationistische, affektivistische und voluntaristische, aber welcher der Darstellungsweisen man auch folgen mag, stets bedarf es der Berücksichtigung, daß es sich um schematische Einteilungen und abstraktiv Gewonnenes handelt, dem das Erleben selbst komplex gegenübersteht, so daß jede „Wahrnehmung" schon ein Urteil, jeder Affekt einen voluntären Bestandteil, jede Willensregung Vorstellungsmaterial enthält usw. Die Elemente sind Produkt der Zergliederung, der Analyse.

In bewußtem Verzicht auf ein Schema und konstruktive Zurückführung auf willkürlich gesetzte Elemente (wie Empfindungen, Vorstellungen), stellt sich die phänomenologische Forschungsrichtung die Aufgabe, voraussetzungslos geschaute Erlebnisse, besonders des Erkennens, zu beschreiben, zu zergliedern und die

Ergebnisse psychologisch und — was hier nicht weiter zu verfolgen ist — erkenntnistheoretisch und logisch zu verwerten; sie arbeitet mit Hilfe eines Höchstmaßes logisch-kritischer, begrifflicher Klärung; diese Arbeitsrichtung verdanken wir in neuerer Zeit wertvollste Aufschlüsse, namentlich hinsichtlich der Präzisierung komplizierter Einzelerlebnisse.

Gegenüber diesen mehr oder weniger direkt der „inneren Erfahrung" entstammenden Darstellungsweisen des Psychischen steht der Versuch, experimentell-psychologisch feste Daten zu gewinnen; er hat in assoziationistischer, affektivistischer oder voluntaristischer Führung eine Fülle grundlegender Erkenntnisse vermittelt, besonders im Grenzgebiete der Psychologie und der höheren Sinnesphysiologie; ihm sind besonders exakte Messungen psychophysiologischer Leistungen und ihrer Schwankungen zu zu danken, z. B. der Auffassung, der Ermüdung, der Ablenkbarkeit, die aber zum größten Teil für den Psychotherapeuten vorwiegend theoretisches Interesse haben. Ähnliches gilt für die Mehrzahl der fundamentalen Leistungen der Hirnpathologie, die trotz ihrer entscheidenden Bedeutung für allgemeine und speziell pathologische Fragen dem psychotherapeutischen Arbeiten im allgemeinen ferner liegen.

Enger sind die Beziehungen dagegen zu der letzten psychologischen Erkenntnisquelle, der vergleichenden (komparativen) und der angewandten Psychologie, die aus der Kunst und dem sozialen Leben und aus den Nachbarwissenschaften, der Sprach-, Schrift- und Kinderforschung, der Völkerkunde usw., Daten übermittelt. Sie stellt eine wissenschaftliche Ausschöpfung der reichsten Quelle der Populärpsychologie dar und schafft in neuester Zeit durch exakte systematische Sammelforschungen einwandfreies Material.

Die Wege zur Darstellung des Seelischen sind somit vielseitig und divergent genug, so daß dem Fernerstehenden oft von Vertretern verschiedener Richtungen verschiedene Sprachen gesprochen zu werden scheinen, zumal vielfach eine rege Polemik hinüber und herüber geht und fanatische Vertreter einer Darstellungsweise jede andere als „unwissenschaftlich" bekämpfen.

Den Praktiker darf dies ebensowenig beirren wie der Streit um die Neuronentheorie bei der Arbeit am Hirn- und Rückenmarkskranken; für seine Bedürfnisse soll nach dieser Skizzierung der verschiedenen Wege und Darstellungsweisen ein brauchbares Schema entworfen werden, das, entsprechend dieser seiner

praktisch ärztlichen Bestimmung möglichst biologisch-physiologische Gesichtspunkte berücksichtigt und zu den bei einzelnen psycho-therapeutischen Fragen erforderlichen näheren Ausführungen vorbereitet.

Ein direktes Wahrnehmen fremden seelischen Erlebens (Gedankenübertragung u. dgl.) ist wissenschaftlich unbewiesen; die bisher vorliegenden Beobachtungen, wie z. B. Richets und Kotiks telepathische Studien — von der Hochflut ganz wertlosen phantastischen Geschwätzes zu schweigen —, halten einer sachlichen Kritik nicht Stand. Es muß daher einstweilen als Weg zum fremden seelischen Leben der Bericht des Erlebenden über seine „innere Erfahrung" und die Deutung anscheinend seelisch bedingter Reaktionen und ihrer Niederschläge benutzt werden.

Dadurch kommt in die Beobachtung und Darstellung seelischer Erscheinungen leicht ein subjektives Element, dessen störender Einfluß stets zu beachten ist; trotzdem muß gerade vielen Ärzten gegenüber betont werden, daß die Eigenwelt des Seelischen der Gesetze nicht entbehrt; die Psychologie ist eine Gesetzeswissenschaft, wenn auch in etwas weiterem Sinne, und gerade die krankhaften Seelenzustände zeigen oft, namentlich durch Ausfälle, die Gesetzmäßigkeiten besonders ausgesprochen. Die Unräumlichkeit, die Ungegenständlichkeit des Seelischen gegenüber dem sonstigen Beobachtungsmaterial der ärztlichen Tätigkeit, die überwiegende Anwendung wissenschaftlich-materialistischer Denkweise in der Medizin gegenüber anderen mehr energetisch orientierten Naturwissenschaften, der ebenso häufige, wie meist überflüssige Widerstreit des in biologischen Begriffen orientierten ärztlichen Denkens mit der Denkweise anderer Berufe und seine Konsequenzen für Welt- und Lebensanschauung — alle diese Divergenzen erschweren dem Arzte den Weg zum psychologischen Beobachten und Denken; um so mehr, als ihn des Tages Arbeit gebieterisch an die Populärpsychologie weist, neben der viele Leistungen der wissenschaftlichen Psychologie als unfruchtbare oder gar spekulative Überflüssigkeiten erscheinen. Zudem erfordert schon die sachgemäße Beobachtung seelischer Zustände meist, besonders für den weniger Geübten, ein ziemliches Maß freier Zeit; viel mehr selbstverständlich im allgemeinen die seelische Behandlung!

Es ist theoretisch wie praktisch gleich bedauerlich, daß diese Schwierigkeiten und Unklarheiten so vielen Kollegen den Weg zu wichtigen Einsichten und oft großen praktischen Erfolgen verlegen!

Die Grundtatsache der Eigenwelt des Seelischen ist neben der Ungegenständlichkeit seiner Erscheinungen die **Bewußtheit**, das Icherleben. Andere Bedeutungen des Wortes „Bewußtheit" sind später zu erörtern; hier soll das vieldeutige Wort „Bewußtsein" vermieden werden. Im Gegensatz zur Unräumlichkeit der meisten seelischen Erscheinungen zeigen sie stets eine bestimmte zeitliche Umgrenzung; so ergeben sich zwei Einheiten der Bewußtheit; eine umfaßt das Gegenwartserleben, eine zweite verbindet das seelische Gegenwartserleben mit Vergangenenem zu einer Einheit: daß „ich" es war, der als Kind in jenem Garten spielte, der gestern jenen Eindruck hatte usw.

Betrachten wir zunächst das seelische Erleben in der ersten, der Einheit eines bestimmten Zeitabschnittes, die **einzeitige Bewußtheit.**

Da finden sich vor allem Empfindungs-, Wahrnehmungs-, Erinnerungs-, Gefühls-, Willens- und Denkerlebnisse. Am Anfang des Wahrnehmungsvorganges steht die Empfindung; werden durch die Sinnesorgane Reize der Außenwelt an das Gehirn weitergegeben, so entstehen als erstes seelisches Korrelat der Hirnreizung Empfindungen; im Gegensatz zu der populären Vermischung von „Empfindung" und „Gefühl" beschränken wir nach psychologischem Sprachgebrauch das Wort „Empfindung" auf Sinnesempfindungen, um das Wort „Gefühl" für höherstehende Gebilde aufzusparen. Auch aus den Körperorganen fließen der Zentralstation Reize zu; Hautspannungs-, Gelenk-, Organbewegungs- und -spannungsempfindungen und verschiedenes andere mehr lassen sich in der Selbstbeobachtung als Einzelerlebnisse darstellen, wenn auf sie besonders geachtet wird; jedenfalls fließen eine Unzahl von Empfindungen unbemerkt in den Strom des Erlebens ein, die nur durch einen besonderen Akt eigentlich erlebt werden. Weitaus die Mehrzahl tritt seelisch nicht bewußt in Erscheinung.

Beim Wahrnehmungsvorgang des Alltages steht sogleich ein Urteil fertig da; wir blicken zum Beispiel aus dem Fenster und erleben: „ein Baum"; in rückläufiger Analyse tritt als Hauptbestandteil des Erlebnisses zunächst die „Vorstellung" des gesehenen Baumes, gelegentlich unter Hervorhebung einer besonderen, empfindungsmäßigen Seite „welch hoher Baum" hervor, dann eine Reihe von mehr primitiven Empfindungsdaten: etwa das Grün des Blattes, die weiße Farbe des Stammes usw. Es darf der Wahrnehmungsvorgang in großen Zügen etwa so zergliedert werden;

jedenfalls erlebt der Wahrnehmende bewußt weder Einzelempfindungen noch etwa Organempfindungen der Sinnesorgane, sondern Empfindungsinhalte. Zur Vollziehung des Wahrnehmungsurteils ist die Einordnung der „Wahrnehmungsvorstellung" in die persönliche Erfahrung nötig; es muß im Wahrnehmen ein partielles „Wiedererkennen" stattfinden oder ein Vergleichen. Unauflöslich ist mit der echten Wahrnehmung das Gefühl der Realität des Wahrgenommenen verbunden.

Physiologisch darf angenommen werden, das der Reizvorgang im Großhirn Spuren hinterläßt (Engramme), über deren nähere Beschaffenheit nichts bekannt ist; gemeinsame Teilengramme klingen bei Neureizung wieder an, denn ein Totalübereinstimmen der Gesamtengramme ist im Anfang nicht zu erwarten.

So enthält bereits das einfache Erkennen überzeitliche Bewußtheitselemente aus der Erinnerung und stellt einen ungemein komplizierten Vorgang dar, der selbst bei flüchtiger und ungenauer Empfindungsvollziehung, wie sie z. B. in den Worten „ich sehe etwas Großes, Dunkles auf mich zu kommen" berichtet wird, logisch-synthetische Funktionen enthält; nicht eine „große dunkle Empfindung" wird geschildert, sondern ein räumlich-umgrenztes, objektives, ein Ding.

Die schematische Übersicht des Wahrnehmungsvorganges kann zugleich zur Darstellung einer seelischen Gesetzmäßigkeit dienen: bei Vorhandensein entsprechend und genügender Erinnerungsvorstellungen arbeitet das Wahrnehmungsurteil zwangsmäßig. Wird z. B. ein gedrucktes Wort gezeigt, so muß der Leseakt vorgenommen werden, wobei dem geläufig Lesenden zuerst der Lesesinn, dann Art und Form der Buchstaben usw. zum Bewußtsein kommt. Das Bild eines bekannten Gegenstandes selbst muß erkannt werden, wenn er bemerkt wird. Vom Empfindungsinhalt zum Erkennen geht also schematisch der Weg

Physiol.: Reiz — Erregung — Spur — „Empfindung";

Psychol.: Empfindungsinhalt — Bemerken — Wahrnehmen — Wahrnehmungsurteil — Erkennen.

Die Glieder der Kette vom Bemerken bis zum Erkennen laufen in vielen Fällen zwangsmäßig; sie gehören dem Vorgange der Auffassung an.

Physiol.: Reiz — Erregung — Spur — Spur — .... „Empfindung";

Psychol.: Empfindungsinhalt — Bemerken — Wahrnehmungsvorstellung, -urteil — Erkennen.

Auffassung.

Wir können diese Reihe als die rezeptive Reihe der einzeitigen Bewußtheit bezeichnen.

Eine andere Reihe, die impressive, führt in das affektive Gebiet.

Auch hier gehen wir vom Reizerlebnis aus und erinnern wieder an die stets zufließende Fülle unbemerkter Empfindungen und an das eigenartige Erlebnis des Schmerzes.

Die ärztliche Alltagspraxis bietet sehr verschiedene Schilderungen des Schmerzes; von seinen verschiedenen eigenartigen Qualitäten als „ziehend, bohrend, stechend, brennend" usw. sei hier abgesehen, dagegen auf einen allgemein psychologisch wichtigeren Unterschied hingewiesen.

Viele Kranke schildern uns den Schmerz als ein völlig organisch umgrenztes, ein Empfindungserlebnis. Sie sagen z. B. mein Finger, mein Zahn tut weh. Die Persönlichkeit des Kranken bleibt, wenn man so verdeutlichen darf, außerhalb des schmerzenden Organes stehen; er empfängt die Meldung von der örtlichen Schmerzerregung wie die Meldung eines anderen Sinnes, rein empfindungsmäßig. Andere Kranke „haben" Schmerzen, die dann meist auch unbestimmter lokalisiert sind und die Gesamtheit des Erlebens weit intensiver beeinflussen. Aus der Schmerzempfindung wird ein Schmerzgefühl; nicht etwa durch lediglich quantitative Steigerung, als stellte das Gefühl einen Komparativ der Empfindung dar. Auch dies Schmerzgefühl kann nach seiner Stärke ganz gering entwickelt, oft kaum wahrnehmbar und bei Ablenkung unbeachtet sein.

Denselben Gegensatz finden wir bei anderen Empfindungen; örtliche Reizung der Genitalien löst z. B. charakteristische „Sexualempfindungen" mit dem Charakter der lokalisierbaren Sinnesempfindungen aus, von denen die „Sexualgefühle" scharf zu trennen sind; so ist auch Molls bekanntes Werk nicht der „konträren Sexualempfindung", sondern dem konträren Sexualgefühl gewidmet. Auch hier ist der Unterschied in keiner Weise ein gradueller, bloß durch die höhere Intensität gegebener; im Gegenteil, die rein örtliche, sinnesempfindungsmäßig erlebte Reizung des Sexualsinns ist an Intensität dem gesamten Sexualgefühlserlebnis oft weit überlegen. Ein wesentlicher Punkt in der Beurteilung der Onanie. Auch bei vielen anderen Alltagserlebnissen lassen sich Empfindungs- und Gefühlserlebnisse trennen. So wird das allgemeine Hungergefühl von Empfindungen im Magen begleitet oder eingeleitet; eine örtliche Müdigkeitsempfindung, z. B. eines

Armes beim Turnen, läßt sich vom allgemeinen Müdigkeitsgefühl ablösen; Empfindungen der Trockenheit im Halse scheiden sich vom allgemeinen Durstgefühl usw.

Andererseits wird selten eine Empfindung erlebt, der nicht Gefühlsmomente zugehörig wären; wir dürfen hier die Frage des Raum- und Zeiterlebnisses und seiner empfindungs-, gefühls- oder (wohl richtiger) urteilsmäßigen Ableitung beiseite lassen, da sie nur sehr selten in der psychotherapeutischen Praxis aktuell wird, und beschränken uns darauf, nachdrücklich zu betonen, wie kaum irgendein Empfindungserlebnis des Alltages ohne gefühlsmäßige Beigaben erlebt wird.

Die bekanntesten und wichtigsten bezeichnen die Gegensatzpaare von Lust und Unlust, Spannung und Lösung, Erregung und Beruhigung (Wundt) und Aktivität und Passivität (Maier); psychotherapeutisch bedeutsame Einzelheiten werden uns später beschäftigen.

Für die hier vorliegende schematische Erörterung sei nur ein Punkt betont, daß die Mehrzahl der Gefühlserlebnisse im Gegensatz zum rein sammelnden Wahrnehmungserlebnis eine Tendenz zur Reaktion in sich schließt, die ihrerseits die Bewußtheitstotalität stark beeinflußt.

Wieder können wir auf einen physiologischen Vergleichsvorgang hinweisen, den Reflex. So ergibt sich für diese Seite der einzeitigen Bewußtheit, die impressive folgendes Schema:

Physiol.: Reiz – Erregung < Sinnesorgan — Erfolgsorgan — Reaktion; Allgemeine Zustandsänderung (Biotonus)

Psychol.: Empfindung – Organgefühl; Empfindungserlebnis (Sinnesreiz) – Reaktion –; Gefühlserlebnis – Bewußtseinsänderung (Totatalgefühl).

Dem Erlebenden wird die Reaktion auf einen Sinnesreiz meist erst im Erfolge bewußt; wir erleben gleichzeitig eine Zuckung unseres Armes und eine schmerzhafte Hitzeempfindung am Finger und stellen erst nachträglich fest, daß unsere Hand einen heißen Gegenstand berührte; wir fühlen eine unangenehm intensive Lichtempfindung und zu gleicher Zeit das kneifende Schließen unserer Augen usw. Aber derartig einfache Reflexbewegungen sind im Alltagserleben Ausnahmen; die Mehrzahl der Bewegungen des Alltages erfolgt auf Grund willkürlich gesetzter, wenn auch durch vielfache Wiederholung oft automatischer Steuerung. Das seelische Erleben ist zum großen Teile Aktivität. Damit ergibt sich neben der rezep-

tiven und impressiven Seite unserer einzeitlichen Bewußtheit die aktive. Sie braucht sich nicht mechanisch zu manifestieren; aber in ihrer mechanischen Äußerung stellt sie sich am einfachsten dar. Wichtig ist, daß keineswegs äußere Reize der Umwelt notwendig sind; das seelische Sein an und für sich ist Aktivität, und die Aktivität für die normale Psyche eine Notwendigkeit. Das Auge will sehen, das Ohr hören, der Mund sprechen; die Glieder wollen sich regen usw. Die Tätigkeit ist Eigenwert; als bestes Beispiel wird mit Recht immer das körperlich und seelisch aktive Kind angeführt. Während die durch äußere Reize ausgelöste Aktivität noch mit der reflektorischen Reaktivität nahe Verwandtschaft zeigt, führt die Aktivität aus Organantrieb auf ein anderes Gebiet; wir nähern uns den Trieben; in ihnen dürfen wir schematisch eine zielstrebige Aktivität zur Beseitigung lästiger oder zur Erreichung angenehmer Organempfindungen sehen. Nur zum Teil wird das Wesen des Triebes durch die Annahme einer *Reflexreaktion* auf Innenreize, z. B. Organempfindungen und -gefühle erfaßt; das Wesen der *Reflexbewegung* im eigentlichen Sinne fordert eine größere zeitliche Beschränkung und Einfachheit, als sie den meisten Trieberlebnissen eignet. Aber auch die Triebe reichen zum Verständnis nicht aus, man müßte denn auf wenig berechtigte Konstruktionen, wie den Selbsterhaltungstrieb u. dgl. zurückgreifen, um häufige Beobachtungen seelischer Aktivität zu verstehen. Vom Triebe, der durch Organempfindungen und -gefühle bestimmt wird, steigt vielmehr die Betrachtung zur Strebung auf, in der organhafte Wurzeln weniger deutlich nachweisbar sind; ein banales Beispiel ist im Ehrgeiz gegeben. Durch überwiegend emotionale Momente ist die Wunschhandlung gekennzeichnet, wie sie sich z. B. in Heimwehhandlungen darbietet. Sie leitet zwanglos zur reinsten Form der bewußten Willenshandlung über.

Die seelische Aktivität kann wie das Ichbewußtsein lediglich als Grundtatsache hingenommen werden, über die auf diesem Gebiete ebensowenig hinauszukommen ist wie über die Grundtatsachen des Wahrnehmungserlebnisses, des Empfindungs- und Gefühlserlebnisses usw.; ohne diese Voraussetzung wird es auch nie möglich sein, über einen weiteren Punkt einige Klarheiten zu gewinnen, der bald zu behandeln ist, das Problem der Aufmerksamkeit.

Hier sollen diese einleitenden Bemerkungen nur dazu dienen, das Schema der aktiven Seite der einzeitigen Bewußtheit verständ-

lich zu machen und der Frage vorzugreifen, warum sie nicht nur aus dem Reizvorgange abgeleitet wird.

Physiologisch steht dieser Aktivität des Psychischen der gesamte Biotonus, wie ihn Verworn genannt hat, parallel; selbstverständlich finden wir ihn schon auf dem Schema der impressiven Seite der einzeitigen Bewußtheit (s. oben). Aber während er dort sozusagen physiologischer Erfolgsmechanismus ist, stellt er sich im Aktivitätsschema anders dar; wir haben den Gesamtbereich biologischer Aktivität: Wachstum, Ernährung, Fortpflanzung usw. hier einzusetzen und gelangen etwa zu folgendem Schema:

Physiol.: Reflexbewegung — Organreaktion — Vitalität
Sinnesempfindung — Organgefühl — Totalgefühl
Psychol.: Reflexhandlung — Triebhandlung — Strebung — Wunschhandlung — Willenshandlung.

Damit wäre eine grob schematische Übersicht über die drei Hauptseiten der einzeitigen Bewußtheit gegeben; das rezeptive, impressive und aktive Erleben stellt sich nebeneinander.

Aber es muß nochmals betont werden, daß diese Nebeneinanderstellung Produkt künstlicher Abstraktion ist; die Beobachtung am lebenden Gesunden und Kranken wird nie ein Erlebnis herausstellen können, das nur einer der drei Erlebensseiten angehörte. Es wäre eben so müßig, über eine Priorität von „Gefühl" dem „Willen" gegenüber, oder von „Vorstellungen" dem „Gefühlstone" gegenüber zu streiten, wie auf physiologischem Gebiete ein Streit darüber, ob Kreislauf oder Stoffwechsel „primärer" seien. Realiter stehen wir vor dem allumfassenden wechselvollen Strome seelischen Geschehens.

Gewiß kann die psychotherapeutische Praxis gelegentlich eine stärkere Berücksichtigung einer der drei Seiten erfordern; es kann auch der kritische Psychotherapeut sich z. B. gelegentlich der handlichen und greifbaren Ausdrucksweise einer assoziationistischen Mechanistik und Atomistik oder einer einseitig doktrinären, aber darum eindrucksvollen Voluntaristik bedienen. Aber wenn seine Kritik gegenüber der eigenen Arbeit bestehen bleiben soll, muß er sich selbst des schematischen Verfahrens bewußt sein und die Gründe seiner Anwendung klar sehen.

Mit diesem Vorbehalt sei das Übersichtsschema der einzeitigen Bewußtheit im ganzen nochmals zusammengestellt, um nach ungefährer allgemeiner Abgrenzung und Orientierung einige kritische und erläuternde Bemerkungen beizufügen und dadurch zu weiteren Wesenseigenheiten der einzeitigen Bewußtheit zu gelangen:

Einzeitige Bewußtheit.

Rezeptiv	Impressiv	Aktiv	
Empfindungsinhalt	Empfindungserlebnis	Reaktion	Reflexhandlung
Bemerken			Triebhandlung
Wahrnehmungsvorstellung		Vorstellen	Strebung
Wahrnehmungsurteil	Gefühlserlebnis	Urteilen	Wunschhandlung
Erkennen	Bewußtheitsänderung	Denken	Willenshandlung
Physiologisch: Empfindung	Organgefühl	Reflexbewegung	

Für die rezeptive Seite der einzeitigen Bewußtheit ist besonders darauf hinzuweisen, daß im Erlebnis des Erkennens und Wiedererkennens keinerlei „Vorstellungen" nachweisbar zu sein brauchen; die Assoziationspsychologie fordert für den Vorgang des Wiedererkennens „Erinnerungsvorstellungen", die im Zusammenwirken mit der neuen „Wahrnehmungsvorstellung" auf assoziativem Wege zum Wiedererkennen führen. Die Selbstbeobachtung vermag in vielen Fällen diese Annahme nicht zu bestätigen; sie weist dem Erkennen als einem Akte weit größere Selbständigkeit zu. Es kann hier in diese ungemein schwierigen Diskussionen nicht eingetreten werden; doch muß auf die Differenz des Erlebens und der assoziationistischen Darstellungsweise hingewiesen werden; erinnert sei namentlich an das häufige Alltagserlebnis, daß z. B. ein Gegenstand oder ein Wort sofort „wiedererkannt" wird, ohne daß sich die zugehörigen Vorstellungen einstellen; er löst dann nur ein ganz ausgesprochenes „Bekanntheitsgefühl" aus. Umgekehrt sehen wir bei Asymbolischen, z. B. Seelenblinden, vielfach die „optischen Vorstellungen" in weitem Maße erhalten; trotzdem ist das „Erkennen" und „Wiedererkennen" aufgehoben. So muß die Assoziationspsychologie für das normale Erleben mit sehr zahlreichen „unterbewußten Vorstellungen" rechnen und für die Deutung der erwähnten und anderer pathologischer Fälle auf sehr schwierige, dem Deutungszwecke angepaßte Hilfskonstruktionen rekurieren. Das Tätigkeitserleben im Erkennen, sein „Akt"charakter ist für

die assoziationistische Auffassung Selbsttäuschung durch begleitende Organempfindungen; für die vorurteilslose Selbstbeobachtung aber eine ebenso unabweisbare, letzte und undiskutierbare Tatsache, wie das Empfindungs- und Vorstellungserlebnis, die der Assoziationspsychologie zugrunde gelegt werden.

Es hieße die dritte Seite der einzeitigen Bewußtheit unbegründet fortschieben, wollte man sich dem „Akt"erlebnis verschließen; gewiß erleben wir neben dem „aktiven" Wahrnehmen auch häufig ein Kenntnisnehmen von Sinneseindrücken, die gleichsam auf den Erlebenden zukommen und ihn „fesseln". Damit ist die Frage der Aufmerksamkeit berührt. Sie ist von besonderer Bedeutung für die Bewertung von Wahrnehmungs- und Auffassungsleistungen; steht der Erlebende dem Erlebnis ungeteilt, ohne bewußte Teilnahme an Nebenerlebnissen gegenüber, so wird davon gesprochen, daß er mit „voller Aufmerksamkeit" ihm angehört. Wie viel die „Aufmerksamkeit" bei vielen mechanistischen Psychologen von dem Bereich zu übernehmen hat, den unser Schema der Aktivität zuweist, erhellt daraus, daß von „Ermüdung der Aufmerksamkeit" gesprochen wird. Bald als „Zustand", bald als „Fähigkeit", bald als „Eigenschaft" — des Subjektes oder der Erlebnisse — beschrieben, birgt die „Aufmerksamkeit" für viele psychologische Darstellungsweisen den sonst nirgends zu buchenden psychischen Restbetrag, sozusagen die „sonstigen Ausgaben". Letzten Endes für den Assoziationspsychologen z. B. einen großen Teil offener „Ich"- und „Willens"bestände.

Für den psychotherapeutischen Gebrauch genügt es, nur von „Aufmerksamkeit" zu sprechen, wenn damit die Hingabe des Individuums an das Erlebnis bezeichnet werden soll; also dasjenige seelische Verhalten, das bei experimentell-psychologischen Untersuchungen durch dosierte Ablenkung einer Teilprüfung unterworfen werden kann. Die Versuchsperson erhält z. B. den Auftrag, eine fortlaufende Arbeit zu leisten, deren Ergebnis in der Zeiteinheit meß- und vergleichbar ist, und hat diese Arbeit bald ungestört, bald unter Ablenkung auszuführen („Störungsversuch"). So wird eine Belastungsprüfung der Festigkeit, der „Tenazität" (Ziehen) der Aufmerksamkeit gewonnen.

Während diese Seite der „Aufmerksamkeit" die rezeptive und aktive Seite der einzeitigen Bewußtheit verbindet, steht eine andere Seite der Aufmerksamkeit zwischen der rezeptiven und impressiven Seite: die „Vigilität" Ziehens. Sie soll die Reizaufnahmebereitschaft bezeichnen; bei hoher „Vigilität" sprechen Reize leicht an,

und fast immer ist auch die Bereitschaft zum Reaktionserlebnis eine hohe.

Die „passive" Aufmerksamkeit kann als Reagibilität gekennzeichnet werden, während die „aktive Aufmerksamkeit" lediglich den schuldigen Aktbetrag in der mechanisch aufgezeichneten Psyche zu liquidieren hat. Sie ist in neuerer Zeit durch zweckmäßigere Formulierungen ersetzt; man spricht von „Einstellung" auf eine Aufgabe, von „determinierenden Tendenzen", von einem „primären Gerichtetsein" auf einen Eindruck, ein Erlebnis usw.

So birgt der „Aufmerksamkeits"-Begriff eine Fülle größter Schwierigkeiten und ist jedenfalls stets nur einsinnig zu benutzen; psychotherapeutisch wesentlichst ist — dieses sei nochmals hervorgehoben — die „Aufmerksamkeit" als Hingabe des Ich ans Erlebnis, und entsprechende Ausfüllung der einzeitigen Bewußtheit durch das Erleben, das seinerseits dadurch, gleichsam mittelst einer energetischen Unterstützung, an Intensität zunimmt.

Urteilsmäßige Momente, die jedes bewußte Erleben birgt weisen den Weg zu der letzten Haupterlebnisgruppe der einzeitigen Bewußtheit: zum Denken. Es ist schon hervorgehoben, daß jede Alltagswahrnehmung, jede Alltagsempfindung ein Urteil in sich birgt. „Es ist warm", „es regnet" u. dgl. mehr. Psychologisch-wissenschaftliche Bearbeitung des Denkens in seiner reinen Form verdanken wir erst der letzten Zeit; auf sie gestützt dürfen wir das Denken als *eine aufgabenmäßig eingestellte seelische* Tätigkeit beschreiben, die ein regelrechtes Ablaufen der Assoziations- und Reproduktionsvorgänge zur *Voraussetzung* hat; die Denktätigkeit ist eigenartig in ihren *Inhalten*, die nicht nur Empfindungen, Wahrnehmungen, Vorstellungen oder Willensvorgänge sind, sondern meist allgemeineren, ungreifbareren, abstrakten Charakter tragen, die „Bewußtheiten" mancher Psychologen, und ihrer *Form*, die bestimmten Gesetzmäßigkeiten unterliegt. Das „richtige" Denken birgt den Anspruch der Allgemeingültigkeit, wie das regelrechte Wahrnehmungserlebnis den der Leibhaftigkeit. Wahrnehmen, Fühlen, Wollen sind einläufig; das regelrechte Denken wandert in Beziehungen und schafft solche; Unterscheidung, Vergleichung, Begründung, Bestimmung, Abgrenzung usw. geben leicht faßliche Beispiele. Außer dem rein abstraktiven urteilenden Denken unterstehen weite Gebiete seelischen Erlebens dem Einfluß des emotionalen Denkens (Maier), das für das Alltagsleben und die Sphäre der Wertungen entscheidend ist; denn psychologisch

ist das „Denken" nicht im Bereich der schulmäßigen Logik beschlossen. Aus dem Gefühls- und Willensleben fließen dem Denkenserleben reiche Quellen zu; affektives Phantasieleben und praktische Zweck-, Ziel- und Regelsetzung zeigen gleichmäßig seine Herrschaft, nicht zum wenigsten die Alltagspsychologie.

So ist die Aktivitätsseite der einzeitigen Bewußtheit noch um die Denkvorgänge zu vermehren; wie die Willenserlebnisse sich aus Reflex- und Triebhandlung über Strebung und Wunschhandlung als eigentliche Willenshandlungen ableiten lassen, so sehen wir im Vorstellen und Urteilen — letzteres besonders in seinen gemischten Formen z. B. als Wahrnehmungsurteil gemeint — die Vorstufen des reinen Denkerlebnisses; aber auch diese Vorstufen werden vielfach mit dem ausgesprochenen Gefühl der Aktivität erlebt. Es sei nur an die künstlerisch oder praktisch schöpferische Vorstellungstätigkeit erinnert.

Schon dieses ganz primitive und rohe Schema der einzeitigen Bewußtheit gibt eine gewisse Andeutung von der Vielfältigkeit seelischen Seins; dabei ist es ohne weiteres möglich, fast jeden Punkt dieses Schemas sinnvoll mit fast jedem anderen zu verbinden, denn es ist lediglich durch grobe, willkürliche Abstraktion aus der Vielfältigkeit der Augenblicksbewußtheit gewonnen, und, wie in einem Kraftfelde, strömen von Punkt zu Punkt Anziehung, Abstoßung, Hemmung, Förderung, Dissonanz und Konsonanz zu unlöslicher Verschmelzung.

Am schematischsten vielleicht ist die Annahme der einzeitigen Bewußtheit selbst, die nur aus Gründen der Darstellung dem „Augenblicksbewußtsein" entsprechend statuiert wurde.

Denn jedes psychische Erleben ist überzeitlich und ragt wurzelhaft in die Vergangenheit. Damit verlassen wir die einzeitige Bewußtheit, die der ungeschulten Selbstbeobachtung am zugänglichsten ist, und wenden uns zu den **überzeitlichen seelischen Erlebnissen.**

Auch hier steht das Icherlebnis im Mittelpunkt; auch für die überzeitlichen Erlebnisse ist fundamental die Sicherheit, daß es eben Icherlebnisse sind, die — erinnernd oder reproduktiv — vorliegen; diese Kontinuität seelischen Erlebens ist unerläßliche Vorbedingung für alles seelische Erleben des Alltages, für Erkennen, Erleben, Lernen, Entwickeln usw. Ihr entspricht als allgemein-biologische Grundfunktion die mnemische. Die einmal in einem Organismus stattgehabte Reaktion hinterläßt eine erhöhte

Reaktionsbereitschaft (Hering), mag es sich um extra- oder intrasomatisch ausgelöste Reaktionen handeln und der Begriff der Reaktion so allgemein wie nur möglich gefaßt werden. So wie im rein Physiologischen die Reaktion eine Einstellung hinterläßt, so im Gebiete des Seelischen. An die Grundfunktion des Gedächtnisses im weitesten Sinne ist alles seelische Erleben gebunden, insbesondere die Einheitlichkeit der Persönlichkeit.

So stellt das „Erkennen" im Wahrnehmungserlebnis zum großen Teil ein Wiedererkennen dar; das einfachste Wahrnehmungserlebnis zeigt bei genauer Zergliederung eine Fülle erinnerungsmäßig einfließende Bestandteile, die bei entsprechender Einstellung so überwiegen, daß gröbste Fälschungen entstehen. Es sei an das Überlesen entstellendster Druckfehler erinnert, das fast regelmäßig eintritt, wenn der Lesende dem Inhalte des Gedruckten zugewandt ist; an die unzähligen Wahrnehmungsfälschungen unter dem Einflusse irgendwelcher Gefühlsmomente und verschiedenes andere mehr.

Die Populärpsychologie neigt dazu, hier eine besondere seelische Fähigkeit, die „Phantasie" am Werke zu denken; eine eingehende Analyse der Erinnerung und der Phantasie z. B. vom assoziationistischen Standpunkte aus, läßt diese Annahme unbegründet erscheinen. Die Beobachtungen der Erinnerungsvorstellungen und ihres Spieles zeigt eine solche Beweglichkeit, Biegsamkeit und Schmiegsamkeit, eine so weitgehende Veränderlichkeit der „Vorstellungen", das jedes, selbst das kühnste Phantasiespiel restlos darin aufgeht und die Annahme besonderer „Phantasievorstellungen" überflüssig wird.

Vom physiologischen Standpunkt sind die Originalempfindung des Empfindungserlebnisses und die mnemische Empfindung (Vorstellung) zu unterscheiden; bei der Originalempfindung folgt der Phase der Reizeinwirkung, der „synchronen Phase", die „akoluthe" Phase, die Phase der Reizmachwirkung, des Reizabklingens und der Rückkehr zur Norm. Die Originalempfindung schwindet und hinterläßt eine hypothetische Spur, ein Engramm; alle gleichzeitigen Erregungen innerhalb einer Originalempfindung bilden einen zusammenhängenden Erregungskomplex, der einen zusammenhängenden und insofern ein Ganzes bildenden Engrammkomplex zurückläßt. Darum klingt beim Wiedererwecken einer Spur jede einmal gleichzeitig erregte Spur wieder an; die *Spuren* unterstehen der Assoziation durch Gleichzeitigkeit. Oder, spezieller physiologisch ausgedrückt, die partielle Wiederkehr der einst engraphisch wirken-

den energetischen Situation wirkt „ekphorisch", d. h. weckend auf den gesamten simultanen Engrammkomplex. Als Teil dieser einst einprägenden, engraphisch wirkenden Situation, kann eine Original- oder eine mnemische Empfindung oder eines ihrer Elemente wirken. Nicht die „Assoziation" der Empfindungen, sondern die gemeinsame Zugehörigkeit zu einem Engrammkomplex und dessen Weckung (Ekphorierung) bindet; nicht „Vorstellungen", sondern Spuren sind assoziert. Nur die Einheit des simultanen Engrammkomplexes ist entscheidend für das „assoziative" Geschehen.

Die rein psychologische Beobachtung weiß von diesen physiologischen Feststellungen zunächst nichts und hat daher, seit Aristoteles, Vorstellungsverknüpfungen als besonders häufig bezeichnet, die durch zeitliche oder örtliche Gemeinsamkeit oder bestimmte inhaltliche Eigenheiten (Ähnlichkeit, Kontrast usw.) gekennzeichnet sind. Zu einem Widerspruche mit den eben erwähnten physiologischen Darstellungsweisen führt das nicht; denn es kann für diese Fälle unschwer eine engrammatische Simultanität angenommen werden.

Psychotherapeutisch von enormer Bedeutung ist die Tatsache, daß der Vorstellungsablauf, wenn er nicht aufgabenmäßig bestimmt ist, sondern „frei" abrollt, Gesetzmäßigkeiten zeigt, auf die der Erlebende keinen Einfluß hat.

So ruft z. B. eine Geruchswahrnehmung eine vor Jahrzehnten erlebte Situation wieder wach oder eine eigenartige dialektische Färbung das Bild einer Landschaft usw. Das „freie" Assoziieren ist in seinem Ablaufe gesetzmäßig bestimmt und zwangsläufig von besonderem Einflusse ist der „Gefühlston" der Vorstellungen und die gesamte seelische Situation, die Konstellation, wie sie Ziehen nennt. Hat doch die Aufforderung dazu, den Vorstellungen ungehemmt „ihren Lauf" zu lassen, schon eine wesentlichste „konstellierende" Bedingung.

Bei der Deutung dieses autochthonen Vorstellungsablaufes ist selbstverständlich große Vorsicht am Platze; er hat an und für sich mit sinnvollem Erleben nichts zu schaffen, sondern ist ein rein mechanisches Geschehen, das eben darum dem Erlebenden selbst eigenmächtig und überraschend entgegentritt, wie sich am besten in Reaktionsversuchen demonstrieren läßt. In kritischer Beziehung ist besonders trotz überraschender gegenteiliger Einzelerfahrung auf die große Unschärfe, Wandelbarkeit und Verschmelzbarkeit

aller „Vorstellungen" hinzuweisen. Denn jedes Erleben beeinflußt, physiologisch gesprochen, auch die ruhenden Spuren: *πάντα ῥεῖ*!

So kommt es zu den überraschenden, ungemein häufigen Erlebnissen, daß eine altbekannte Wahrnehmung beim Wiedererleben nach langer Zeit mit dem inzwischen gewachsenen Erinnerungsbilde in der auffallendsten Weise kontrastiert; daß z. B. die Zimmer eines in der Kindheit oft gesehenen Hauses beim Wiedersehen nach Jahren unwahrscheinlich klein erscheinen.

Ebenso wie die Assoziationsmechanismen sind die Gedächtnisleistungen der genaueren Prüfung mit einfachen experimentellen Methoden leicht zugänglich; diese Untersuchungen können dem wissenschaftlichen Psychotherapeuten sehr wertvolle Dienste leisten und werden ihres Ortes noch eingehender zu erörtern sein. Für die schematische Orientierung mögen die gegebenen Andeutungen genügen.

Erinnert sei hier noch an die psychotherapeutisch äußerst wichtigen Sonderfälle des „Gedächtnisses" im weiteren Sinn an Anpassung, Gewöhnung, Übung und Erlernen.

Sie zeigen, ebenso wie Ermüdung, Erholung und Erschöpfung, die Lebendigkeit des Psychischen und seine Zugehörigkeit zum allgemein Biologischen.

Die überzeitliche Gestaltung der lernfähigen Funktionen läßt die „Intelligenz" entstehen, die überzeitliche Gestaltung der erlebensfähigen Funktionen die Persönlichkeit; Entwicklungen stellen sich dar, zum Teil allmenschlich, wie Alter, Geschlecht usw., zum Teil mehr einzelmenschlich, nach innen gewandt. Beide sind an Intaktheit der einzeitlichen und überzeitlichen Bewußtheit gebunden, aber mit ihr nicht selbstverständlich gegeben. Als anlagemäßig bestimmte, voluntar auswählende Grundeinheit und letzte, in ihren tiefsten Grundlagen konstante „Konstellation" tritt uns der Charakter entgegen, der gleichsam dauernd der Fülle und Weichheit des Erlebens sein in etwas starres Siegel aufprägt.

Damit sind die allerprimitivsten Gesichtspunkte des „Psychologischen" schematisch angedeutet; das Ziel dieser Darlegung war nur, dem Fernerstehenden, zumal dem medizinisch Gebildeten, die Erkenntnis zu vermitteln, daß Seelisches nicht „nur subjektiv" und regellos, aber noch weniger einseitig mechanistisch allzu klar und durchsichtig ist; das Gefühl dafür zu schärfen, daß das Seelische einen unendlichen Strom fließender Gestaltungen, daß es den Inbegriff biologischer Höchstfunktion darstellt.

2. Die Wege zur Psychotherapie.

Drei selbstverständliche Faktoren entscheiden die Psychotherapie: der Patient, die Krankheit und der Arzt; sie bestimmen auch die Wege zur Psychotherapie. Zweifellos gibt es unter den **Ärzten** „geborene Psychotherapeuten". Aber sie zeigen so grundverschiedene Eigenheiten, daß die Frage nach der Veranlagung des Arztes für Psychotherapie nicht überflüssig erscheint.

Zum Psychotherapeuten taugt nur, wer überhaupt Therapeut ist. Die scharfsinnigste Diagnostik und feinfühligste Analyse bleibt unfruchtbar, wenn sie nicht — bewußt oder unbewußt — von therapeutischem Geiste getragen wird. So ist ein ausgesprochener und konsequenter Pessimismus und Nihilismus mit lebendiger Psychotherapie unvereinbar; leider wird er oft in leichtbegreiflicher Weise mit „Wissenschaftlichkeit" oder „Objektivität" verwechselt. Ja es regen sich zeitweilig aus diesen Anschauungen lebhafte Gegenströmungen gegen die Psychotherapie als solche; es wird betont, welche bedeutende, ja entscheidende Rolle unbeeinflußbare, erbgangsmäßig und schicksalhaft gegebene Momente spielen, und der Versuch der Beeinflussung mindestens als pia fraus oder Donquichotterie bespöttelt. Gewiß soll, wer Seelisches nur so starr und unlebendig sehen kann, psychotherapeutisches Arbeiten unterlassen; wer es aber unternimmt, muß wissen und erleben, daß psychisches Sein Leben ist, nicht wesenlose Bestimmtheit. Er muß „psychologisch" oder zum mindesten pädagogisch denken und fühlen können; soll ihn nicht die dornenvolle Arbeit des Heilpädagogen beschämen oder der effektvolle Bluff des Charlatans besiegen. Psychologisches Verständnis, wenn auch ohne alle methodische Klärung, ist unerläßliche Vorbedingung.

Aber auch nicht mehr.

Denn auch das tiefste psychologische Verständnis bleibt tot, wenn es durch andere Mängel der Veranlagung gehindert wird, sich auszuwirken. Besonders verhängnisvoll sind hier überstarke seelische Eigenhemmungen, depressive Verstimmung und Unfähigkeit, sich wechselnden Aufgaben in einiger Geschwindigkeit anzupassen. Ein gewisses Maß seelischer Beweglichkeit und Anpassungsfähigkeit ist für den Psychotherapeuten von unschätzbarem Werte. So ergeben sich einige wesentliche Grundzüge der „Veranlagung zum Psychotherapeuten", die aber in mäßigem Grade allgemein vorausgesetzt werden dürfen und in hohem Maße übungsfähig sind, wenn ein ernstes Interesse an der Tätigkeit besteht; Psychotherapie

ist jetzt soweit wissenschaftlich erarbeitet, daß sie lern- und lehrfähig ist.

Ein weitverbreiteter Irrtum fordert vom Psychotherapeuten besondere gemütliche Teilnahme am Kranken; für die Populär-Psychotherapie trifft dies zu. Die wissenschaftliche Psychotherapie bedarf dessen nicht; die selbstverständlichen Anforderungen wissenschaftlichen Arbeitens: Genauigkeit, Klarheit, Ausdauer, Gewissenhaftigkeit und Sachlichkeit sind vollständig ausreichend.

Womit aber der gemütlichen Anteilnahme als fördernder Kraft ihr großer Wert nicht bestritten werden soll. Nur ist es irrig, ihr in der wissenschaftlichen Psychotherapie eine überragende Stellung zu geben. Damit entfällt auch die Berechtigung, an den Psychotherapeuten in dieser Beziehung besondere Anforderungen zu stellen; Psychotherapie unterscheidet sich in diesem Punkte in nichts von sonstiger ärztlicher Arbeit.

Das lebendige Interesse am lebendigen psychischen Sein und Werden ist vielmehr der entscheidende Punkt. Wem nicht der Ablauf einer Neurose ebenso bedeutsam erscheint, wie der einer beliebigen anderen Erkrankung, der soll sich anderen Arbeitsgebieten zuwenden.

Gewiß ist das vielfach eine Frage der Veranlagung; oft aber sind Zufälligkeiten der Vorbildung des Arztes entscheidend.

Sie interessiert hier nicht nur, um zu erklären, welche Bildungswege die Mehrzahl der Psychotherapeuten durchlaufen hat; manche Lücke auf diesem Gebiete kann relativ leicht noch später ausgefüllt werden, um erfolgreiches und sachgemäßes psychotherapeutisches Arbeiten zu ermöglichen, wenn sein Wert vom arbeitenden Praktiker erkannt ist. Denn nur eine Disziplin eröffnet den Weg zur begründeten Psychotherapie: die Psychiatrie, insbesondere die psychiatrisch-klinische Arbeit. Wer in der Sprechstunde seelische Ausnahmezustände irgendwelcher Art sachgemäß beraten will, muß ihre schweren Formen in täglicher Beobachtung und alltäglicher klinischer Arbeit durchaus kennen gelernt haben; er muß sich in die allgemeinen Gesichtspunkte der Psychiatrie eingelebt haben, er muß die schonungslosen Zerrbilder seelischer Erkrankungen und ihre Gesetze in sich tragen, ein Erfahrungsgebiet, das sich durch theoretisches Studium nie gewinnen läßt. Man mißverstehe nicht! Es handelt sich in keiner Weise darum, in der Praxis vor etwaigen diagnostischen Irrtümern und ihren Konsequenzen zu schützen u. dgl., sondern um die Einführung in die Eigenwelt psychiatrisch-klinischen Beobachtens, Arbeitens, Unter-

suchens und Behandelns, dessen Quintessenz ist, den Kranken als Ganzes und als Lebensprodukt anzusehen.

Wer in der ärztlichen Praxis die Unzulänglichkeit der üblichen Behandlung sogenannter „Nervöser" empfindet, kann nicht dringend genug darauf hingewiesen werden, sich durch eine, wenn auch nur zeitlich beschränkte, praktische, psychiatrisch-klinische Tätigkeit weiterzuhelfen. Neurosenbehandlung ohne psychiatrische Einfühlung muß Stückwerk gröbster Art bleiben, weil die zentralste Orientierung, die Einstellung auf das Seelische, das persönlich Ganze als Entscheidendes, und auf seine Beeinflussung nicht zu ihrem Rechte kommen kann.

Die meisten Neurologen grollen mehr oder weniger bewußt den „Nervösen", daß sie „keinen organischen Befund" haben; viel mehr Verständnis entwickelt dagegen die interne Medizin für das eigentliche Wesen der „Neurosen".

So muß die Vorbildung des Psychotherapeuten eine psychiatrisch-internistische sein; von denen die letztere das neurologisch wesentliche selbstverständlich mit umfaßt.

Die körperliche Rüstigkeit des Psychotherapeuten hat nicht allzuviel Anforderungen zu bestehen; besonders die Spezialpraxis des reinen Psychotherapeuten ist ein sehr zukunftsreiches Gebiet für körperlich irgendwie gehemmte und entsprechend interessierte Kollegen. Über die seelische Gesundheit muß mit dem Vorbehalt entschieden werden, daß nicht „normal" und stumpfsinnig identifiziert oder jegliche intellektuellen oder affektiven Eigenheiten als „pathologisch" bezeichnet werden. Denn bei dieser Umgrenzung des „Normalen" ist dem Psychotherapeuten sicher mehr zu wünschen, ein Psychopath zu sein! Das Überstehen leichterer „nervöser" Zustände namentlich in kritischen Lebensphasen braucht jedenfalls die Eignung zum Psychotherapeuten in keiner Weise einzuschränken, sie kann im Gegenteil eine fruchtbare Anregung sein, sich gerade mit diesen Fragen intensiver zu beschäftigen. Manifeste Zeichen einer Neurose, Tiks, Stottern u. dgl. stellen unbedingt beim Arzt eine Erschwerung für psychotherapeutisches Arbeiten dar.

Insbesondere, weil sie den Trägen stets dem Verdachte mangelnder Selbsterziehung aussetzen; das pädagogische Moment aber, das in weiten Strecken der Psychotherapie bedeutungsvoll ist, erfordert hier ein absolutes decorum. Kommt doch der Psychotherapeut im Kampfe mit vielen charakterologisch wurzelnden Neurosen unvermeidlich, wenigstens zeitweise, in eine ähnliche

Stellung, wie sie der Lehrer gegenüber dem Schüler einnimmt. Namentlich, was die affektive Seite angeht. Nur allzuleicht wird der Widerstand der Neurose sich dann irgendwelcher Unzulänglichkeiten der erwähnten Art als Abwehrwaffe bemächtigen, der emotionalen Logik folgend „so ein Mensch kann mich nicht führen" oder „der ist ja kränker als ich selbst". Gewiß können auch solche Widerstände überwunden werden; aber prinzipiell ist zu fordern, daß sie gar nicht aufkommen.

Die durchaus komplexe Leistung der Psychotherapie läßt selbstverständlich noch eine Fülle anderer Eigenheiten des Arztes von entscheidender Bedeutung sein; Geduld, Ruhe, Feingefühl, Kritik, Wahrhaftigkeit, Diskretion im höchsten Sinne, Takt, Geradheit, Temperament, begriffliche Klarheit, Sachlichkeit, Vorurteilslosigkeit, frei-menschliche Lebens- und Empfindungsart, die Gaben eines guten Beichtigers, eines energischen Kommandeurs, eines abwägenden Diplomaten, eines Sehers und Künstlers u. v. a. m. Doch sie leiten unmerklich zu etwas anderen über, zu den verschiedenen Typen des Psychotherapeuten. Hier soll aber nur ganz Allgemeines dargelegt werden und der Hinweis auf die bewußte Beschränkung genügen, der in der Aufgabe liegt, die allgemeinen Wege zur Psychotherapie aufzuzeigen.

Dagegen können noch einige Punkte, mehr äußere Verhältnisse des Arztes betreffend, kurz bezeichnet werden.

Soll die Psychotherapie als Sonderfach betrieben werden? Die Frage ist nach keiner Seite glatt zu beantworten. Jedenfalls ist ersprießliches psychotherapeutisches Arbeiten für den Einzelarzt an ein gewisses Maß freier Zeit gebunden; und stets wird die psychotherapeutische Sprechstunde den Löwenanteil am psychotherapeutischen Arbeiten haben. So ist zu einer gewissen Spezialisierung unbedingt zu raten, da schon eine ganz allgemein nervenärztliche Praxis mit forensischen Gutachten, Terminen, Injektionen, Massagen, elektrischen Prozeduren usw. haushälterischste Zeiteinteilung verlangt, um der Psychotherapie ihr Recht zu lassen. Neben allgemein ärztlicher Praxis dürfte Psychotherapie im eigentlichen Sinne unmöglich sein, so unersetzlich wertvoll ihre Kenntnis auch für jeden Arzt als Unterstützung in der Allgemeinpraxis ist. Weit eher ist noch der nicht allzu belastete Nachbarspezialist, besonders der Internist, in der Lage, reine Psychotherapie zu treiben. Zu innerlich und äußerlich gleich lohnender Sonderbetätigung kann dagegen die Psychotherapie des gut allgemein gebildeten Sanatoriumsarztes werden.

Eine freie psychotherapeutische Sonderbetätigung, ein Spezialistentum im praktischen Sinne ist nur an Orten von gewisser kultureller Höhe möglich; in allen Kulturzentralen ist der Weg zum Spezialarzt für Psychotherapie offen. Kleinere und rückständigere Orte lassen Psychotherapie nur nebenamtlich lebensfähig sein.

Denn gewisse soziale Anforderungen an den **Kranken** sind unerläßlich, soll eine psychotherapeutische Spezialpraxis möglich sein; viele Neurosen verstecken sich so in „körperlichen" Erlebnissen, daß schon die Erkenntnis, wieweit hier „Seelisches" im Spiele ist, einen erheblichen Grad differenzierter Selbstbeobachtung verlangt, dessen Voraussetzungen sich in den höheren Ständen häufiger erfüllen. Zudem ist rein äußerlich nur eine beschränkte Zahl von Menschen in der Lage, einen Spezialarzt so ausgiebig zu Rate zu ziehen, wie es psychotherapeutisches Arbeiten verlangt.

Doch beweist der glänzende Erfolg der psychotherapeutischen Polikliniken, die sich aus den Beratungsstellen für Entlassene aus Irrenanstalten, aus medizinischen Polikliniken, aus Trinkerfürsorgestellen u. v. a. m. entwickelt haben, daß nicht das soziale Moment allein ausschlaggebend sein kann. Die Eignung des Kranken ist vielmehr an ein gewisses Maß von Einsicht und Bildsamkeit gebunden; zweijährige Erfahrungen an dem reichen Material einer psychotherapeutisch-internistischen Großstadtpoliklinik haben mich das unumstößlich gelehrt. Die schulmäßige Bildungsstufe ist weniger von Belang; stehen doch in den meisten Fällen mehr innere Erlebnisse, als lernmäßig Erworbenes im Vordergrunde. Die Verständigungsarbeit von beiden Seiten wird allerdings durch starke Bildungsunterschiede entschieden erschwert, so daß der Aufstieg von der Volks- zur Gebildeten-Psychotherapie für den Arzt stets nicht nur eine Bereicherung, sondern auch Erleichterung bedeutet.

Ein prinzipieller Gegensatz nach *Alter* und *Geschlecht* besteht für den Weg zur Psychotherapie nicht; Frauen sind im allgemeinen bedürftiger, Männer dankbarer, Kinder entweder die leichtesten oder die schwierigsten Aufgaben. Für sie sind ebenso, wie für Ungebildete, die Verständigungsschwierigkeiten oft erhebliche.

Sehr große Erleichterung, aber keineswegs Voraussetzung der Psychotherapie ist eine gute ethische Entwicklung des Kranken. Eigentliche Psychotherapie erfordert ein so genaues Eingehen auf den Kranken und so weitgehende zeitliche Beachtung, daß namentlich die der Psychotherapie speziell gefährlichsten ethischen Defekte:

Verlogenheit und Unzuverlässigkeit sich ungemein drastisch herausstellen. Im wochenlangen psychotherapeutischen Beieinander fallen die Sicherungen, die gute Erziehung, Vorsicht oder Eitelkeit u. a. m. um die Defekte aufgerichtet haben, so daß der kritische Psychotherapeut bei einiger Aufmersamkeit sehr bald reichlich Material hat.

Verschiedene Wege führt die **Krankheit** endlich.

Sie fordert als Allgemeinleiden z. B. bei einer chronischen körperlichen Erkrankung, wie einer Lungentuberkulose, die Psychotherapie als Ergänzung der somatischen Behandlung und räumt ihr immer mehr Rechte ein, je mehr die somatische Behandlung die Waffen strecken muß, entweder in ohnmächtigem Erliegen oder darum, weil unmerklich an Stelle des einst rein körperlichen und körperlich zu behandelnden Leidens eine allgemein psychophysische Alteration, eine Neurose getreten ist.

Sie fordert als dramatisches Erlebnis bei Operationen u. dgl. die Mahnung des Psychotherapeuten, neben dem Technischen den lebendigen, fühlenden Menschen nicht zu vergessen.

Sie ruft bei unklaren, rein „körperlich" aussehenden Zuständen die Psychotherapie als erklärende und helfende Freundin.

Bleibt so die Psychotherapie bei Allgemeinerkrankungen mehr als Gast, so führt die Krankheitsgruppe der Neurosen in ihr eigentliches Reich. Die Neurosenbehandlung ist in gewissem Sinne der Prüfstein der Psychotherapie; mindestens das Feld, wo die reine Psychotherapie ihre eigentlichsten, einzigartigsten und unersetzlichsten Werte besitzt.

Dagegen bieten die echten Psychosen im allgemeinen der reinen Psychotherapie weniger Aufgaben, da eben die Voraussetzungen der Einsicht und Bildsamkeit fehlen.

So führt die Krankheit in ihrer Eigenart als Neurose am sichersten und erfolgreichsten zur reinen Psychotherapie; finden sich hier doch auch viele Formen, wie das Zwangsdenken, deren Kranke sich darüber von Anbeginn klar sind, daß es sich um seelische Ausnahmezustände handelt, die nur seelisch angegriffen werden können und müssen.

Die Wege vom Arzt zum Kranken sind so vielgestaltige, als es Menschen gibt.

Hier, nur auf allgemeinstes hinweisend, muß an den prinzipiellen Unterschied direkter und indirekter Psychotherapie erinnert werden, die auch als reine und larvierte annähernd ähnlich geschieden werden können.

Die reine (direkte) Psychotherapie arbeitet rein psychologisch; sie sucht dem Kranken jeden Augenblick so bewußt wie möglich zu machen, daß er nur seelisch zu beeinflussen sei und nur von Veränderungen seines seelischen Lebens Fortschritte zu erwarten habe. Sonstige Behandlungsarten: Diät, Bäder, Medikamente usw. werden nur als Unterstützungsmittel der beherrschenden und führenden Psychotherapie geachtet. Schon darin, daß der Kranke sich einer solchen Behandlung überhaupt unterzieht und von ihr etwas erwartet, liegt die Anerkennung der psychotherapeutischen Prämisse.

Ganz anders arbeitet im allgemeinen die larvierte (indirekte) Psychotherapie; sie nutzt allerlei Aberglauben, Vorurteil und Unverständnis suggestiv aus, um praktische Erfolge zu erzielen. Hierher gehören alle Verordnungen „ut aliduid fieri videatur", die Arbeit mit „Nervenstärkungsmitteln" usw. Aber so groß die Erfolge oft sind: an und für sich ist die gesamte larvierte Psychotherapie ein verwerfliches Spiel mit Unkenntnis und Leichtgläubigkeit; damit nicht genug, bestärkt sie den Kranken oft noch in seinen Irrtümern und Fehlauffassungen.

Je mehr Kenntnisse, Erfahrung und Gewandtheit der Psychotherapeut besitzt, so seltener und schwerer wird er sich zu solchen sinnwidrigen Taschenspielereien entschließen können, wenn er auch selbstverständlich den vielbeschäftigten Allgemeinpraktiker, der oft mehr der Not gehorchend, als dem eigenen Triebe, zu solchen Maßnahmen greift, daraus keinen Vorwurf machen wird. Wer sich allerdings „Nervenarzt" nennt, muß darin weit strenger beurteilt werden.

In der reinen Psychotherapie steht der Arzt lediglich als Psychologe und Psychopathologe dem Kranken gegenüber. Sachlich genommen.

Menschlich und allgemein psychologisch genommen, spielt sogleich eine Fülle von Beziehungen.

Als einfachster Fall ergibt sich eine restlose Beherrschung des Kranken durch den Arzt. Der Kranke wird hörig und fest auf den Arzt fixiert, der für ihn absolute Autorität ist. Es braucht nicht besonders betont zu werden, daß für die Entwicklung eines solchen Verhältnisses bei Arzt und Kranken bestimmte Voraussetzungen notwendig sind; wichtig ist, daß eine solche Hörigkeit keineswegs nur im Affektleben oder gar nur in einem seiner Teile, etwa der Erotik, zu wurzeln braucht.

In milderer Form erscheint neben dem „Arzt als Gott" der Arzt als Erzieher. Auch hier völlige Unterordnung heischend, aber, wenigstens vielfach, nicht mit dem Streben nach persönlicher Geltung und Herrschaft, sondern in dem edlen Eifer der Adeptensuche für ein irgendwelches psychotherapeutisch-doktrinäres oder Weltbeglückungsideal; Glaubensgemeinschaften und ihre seelenformenden Kräfte sind hier am Werke.

Als Mitarbeiter an der veränderten Psyche und persönlich anspruchsloser Pfadfinder im Dunkel des Seelischen zeigt sich der moderne Psychotherapeut. Seine Waffe ist völlige Sachlichkeit, die noch blank und scharf ist, wenn der Nimbus des Arzttyrannen zerfällt und die Doktrinen des Erziehers „hart im Raume" zerschellen. Verstehenwollen ist sein Ziel, die Analyse sein Weg, und im harten, quälend langwierigen Kampf um Licht wird er zum Arzt als Freund und Freund als Arzt.

Hier liegen Fußangeln!

Nicht daß der moderne Psychotherapeut sorgen müßte, durch künstliche Abdrängung des Kranken seinen Nimbus zu erhalten! Aber er muß *sich selbst* behalten, um nicht mehr zu geben, als seine Aufgabe ist. Als Psychotherapeut ist Sachlichkeit seine erste Pflicht, die weder durch Antipathie, noch durch Sympathie gestört werden darf. Nicht Herr des Kranken, aber Herr der Situation heißt es bleiben.

Den nötigen Mittelweg zu finden zwischen zu sehr Freund sein und den Kranken sich als psychologisches Versuchskaninchen vorkommen lassen, erfordert Erfahrung und Übung und unablässige Arbeit an sich selbst.

Die Folgen affektiver Grenzverschiebung in der Psychotherapie sind sehr vielgestaltige; nur die typischsten seien hier genannt.

So führt das Hineingreifen unsachlicher Antipathien zur ungerechtfertigten Wahl schroffer Behandlungsmethoden, die oft überflüssig sind, ja schädlich wirken können. Wer sich als Arzt von Antipathien beeinflussen läßt, wird kaum die nötige Ruhe zu genügender und sachlicher Untersuchung finden und in der Behandlung unbewußt den vorhandenen Ärger oder wenigstens den lästigen Kranken so schnell als möglich los werden wollen. So entwickelt sich die „Anschnautz- und Rausschmeiß"-Therapie, die bei bewußter, affektloser Handhabung Glänzendes leisten, aber im Impuls verwandt den Kranken und oft sämtliche anwesenden Leidensgefährten für immer gegen den Arzt sperren kann. Doch

braucht die Antipathie sich nicht so dramatisch zu entladen. In kleinen bezeichnenden Sätzchen und mimischen Reaktionen kann dem Kranken zu verstehen gegeben werden, daß er dem Arzt unsympathisch ist. Und der berühmte Kurzschluß „also ich bin Simulant" ist fertig. Namentlich die frischen, nicht selten dankbaren Fälle von Verstärkung konstitutioneller Psychopathie nach Unfall, die so gerne und so sehr unzweckmäßig als „traumatische Neurose" mit Blitzdiagnose und Donnertherapie abgefunden werden, lassen häufig solche Schädigungen nachweisen.

Umgekehrt zerstört aber auch ein Übermaß von Sympathie und Vertraulichkeit. Von erotischen Entgleisungen zu schweigen. Auch eine in dieser Beziehung einwandfreie, zu weitgehende Intimität ist von Nachteil. Sie läßt den Arzt in seinen therapeutischen Maßnahmen stark vom Kranken beeinflußt werden, und den Kranken, dem Arzte zu Liebe, seine Zustandsschilderung fälschen oder gar zeitweise, rein dem Arzte zu Gefallen, seine Erscheinungen unterdrücken. Das Ergebnis ist eine Hörigkeit, die um so schwieriger zu beseitigen ist, als oft unbewußte Fixierungen wesentlich beteiligt sind. Auch eine objektive Klärung der psychologischen Daten wird erschwert, da der Kranke seinem Freunde systemlos erzählt und berichtet, wie er es jedem anderen gegenüber auch könnte.

Schon diese kurzen Andeutungen zeigen, wie sorgfältig sich der Psychotherapeut vor Fälschungen seiner Arbeit durch Sympathie und Antipathie hüten muß, wenn anders er Wert darauf legt, als sachlicher Arbeiter zu gelten; damit hat natürlich nichts zu tun, daß die Benutzung der Affekte des Kranken ein wesentlichstes psychotherapeutisches Moment darstellt. Aber gerade sie muß im Anfang absolut bewußt und sachlich geschehen, wenn sie nicht in völlig andere Sphären führen soll.

So enthält schon die allgemeinste Erörterung der drei Grundfaktoren der Psychotherapie: Arzt, Patient, Krankheit, eine Fülle wichtigster Punkte. Aber es hieße an wesentlichstem vorbeigehen, würde hier nicht noch eine Frage erörtert, deren Vernachlässigung schon manchen Kollegen die Freude an der gesamten Psychotherapie oder wenigstens an einem ihrer Zweige, z. B. der Hypnotherapie, verdorben hat: die richtige Wahl der Aufgabe.

So selbstverständlich es erscheint, daß der lernende Chirurg sich zunächst in einfachsten leichten Aufgaben, wie im Assistieren und in der „kleinen Chirurgie" für die schwierigen Aufgaben der allgemeinen „großen Chirurgie" vorbereitet, so häufig zeigt der

Versuch, in die Psychotherapie einzudringen, keinerlei System. Nur zu häufig geht ein Kollege ohne irgendwelche psychotherapeutische Schulung an die allerschwierigsten Fälle heran; so wird z. B. bei einem Falle hysterischer Psychose „einmal ein Versuch mit Hypnose gemacht", nachdem der Kollege literarisch oder sonstwie für die Methode interessiert wurde. Niemand, der einige Erfahrung auf psychotherapeutischen Gebiete hat, kann sich wundern, wenn entweder keinerlei Erfolg oder nur ein Augenblicksscheinerfolg mit erhöhtem Rückschlage oder gar eine starke Verschlimmerung des Zustandsbildes eintritt. Selbstverständlich wird das Ergebnis dann in den meisten Fällen der Methode zur Last gelegt. Und doch konnte kein objektiver Sachverständiger anderes erwarten.

Wer eine neue Technik erlernen will, tut gut, ihrer historischen Entwicklung in einigem Maße zu folgen und als methodischer Robinson sich persönlich bis zum modernen Stande durchzuarbeiten.

Darum beginne der psychotherapeutische Anfänger mit einer Symptombehandlung bei Kranken, die sonst grobe Abweichungen von der Norm nicht zeigen; jedenfalls nie bei der ausgesprochenen Hysterie. Er wähle sich z. B. eine leichte Insomnie bei einem von Braids „exhausted brainworkers." Hier steht ihm die erhaltene Kritik des Kranken, die intakte Persönlichkeit als corrigens und adjuvans zur Verfügung und erlaubt ruhige, sachliche Arbeit. Ebenso geeignet sind dyspeptische Beschwerden konstitutionell Magendarm-Nervöser, bei denen durch autoritative Untersuchung jede somatische Fälschung ausgeschlossen ist. Auch frische Fälle leichter Kordinationsneurose (Schreibkrampf u. dgl.) sind geeignete Objekte für den symptomatisch übenden Anfänger. Gewiß beweisen die hier gewonnenen Resultate für die angewandte Methodik nichts; aber sie führen den Arzt zur psychotherapeutischen Einstellung und rüsten ihn für schwerere Aufgaben.

Bei diesen Arbeiten bewegt er sich in der Sphäre der Symptomheilung, wie sie jeder Zweig der Psychotherapie in seinen Anfängen durchlief.

Die sorgfältige Beobachtung und Analyse auch dieser Kranken wird ihm leicht zeigen, daß er „Symptombeseitigung" nicht „Heilung" erwirkt hat. Das auf den ersten Blick aus der sonst intakten Persönlichkeit des Kranken herausfallende Symptom wird immer mehr Manifestation allgemeiner Alteration werden. Von der „Darmneurose" z. B. führt der Weg zur psychopathischen

Persönlichkeit mit empfindlichem Darme, dessen Empfindlichkeit namentlich seelischen Auslösungen gegenüber ebenso besteht, wie gegenüber somatischen Noxen.

Nun tritt Schritt für Schritt die allgemeine Psychotherapie in ihr Recht, mag der Arzt sich nun darauf beschränken, die abnorme Persönlichkeit künstlerisch im ganzen zu packen, oder in harter Arbeit analytisch vordringen und sie systematisch zu beeinflussen suchen.

Nicht minder wesentlich als die Wahl des entsprechenden Kranken ist die Wahl der richtigen Methode für den Anfänger.

Auch hier tut er gut, den geschichtlichen Werdegang in eigener Arbeitserfahrung zu rekapitulieren; darum beginne er mit hypnotischen Versuchen an geeigneten Patienten, z. B. der oben bezeichneten Art.

Für den somatischen Mediziner gehört es zu den eindrucksvollsten Erlebnissen, den Einfluß hypnotischer Suggestion zu beobachten; ist doch die Hypnose wie kein zweiter psychotherapeutischer Eingriff geeignet, die weitgehenden Wirkungen rein seelischer Beeinflussung zu demonstrieren. Wie für das Verständnis der Kranken der Weg durch die Psychiatrie führt, so für die Behandlungsarbeit durch die Hypnose; alle namhaften Psychotherapeuten sind diesen Weg gegangen und in der Geschichte der Medizin war es Kampf und Sieg der Hypnose, der überhaupt zur Möglichkeit einer Psychotherapie und zur Ausbildung ihrer jetzigen Sonderfächer führte. Daß in der modernen Psychotherapie die Hypnotherapie nur noch eine Methode unter anderen mit bestimmten Indikationen und Kontraindikationen ist; daß sie einen Eingriff darstellt, der nur bei zureichendem Grunde vorgenommen werden soll u. v. a. m. ist bei der Sonderbesprechung der Methoden auszuführen. Hier soll nur darauf hingewiesen werden, daß sie geschichtlich und lernmethodisch an erster Stelle steht.

Es ist für den Psychotherapeuten immer wieder lehrreich, zu sehen, welche enorme Hemmungen die meisten Ärzte überwinden müssen, ehe sie sich dazu verstehen, eine rein seelische Behandlung vorzunehmen. Der sicherste Chirurg und gewiegteste Internist, ja oft der tüchtigste forensisch-psychiatrische Sachverständige wird hilflos und verlegen dieser Aufgabe gegenüber. Fast als fühlte er sich ohne Messer, Arzneischrank oder Paragraphenlexikon dem Kranken gegenüber wehrlos; und unwillkürlich sucht er nach besonderen Prozeduren oder Kunstgriffen. Da kommt die Tradi-

tion der Hypnotherapie ihm in etwas entgegen; er ist nicht darauf angewiesen, sich sozusagen mit dem Kranken als Persönlichkeit irgendwie zu messen, sondern kann die technische Maßnahme der Hypnotisierung in Angriff nehmen. So erhält der handelnde Arzt in ihm eine Stütze und unmerklich überschreitet er die Grenze zur rein seelischen Beeinflussung.

Sind aber erst die Anfangserfolge da, so droht dem beginnenden Psychotherapeuten die Gefahr jeder neuen Methode, die auch die Geschichte der Psychotherapie zeigt: der Enthusiasmus und die Einseitigkeit; notwendig muß ein Rückschlag folgen, nach dessen Überwindung die Bahn zu sachlicher psychotherapeutischer Weiterarbeit frei ist.

Auch der allgemeine Nervenarzt, der Internist oder Allgemeinpraktiker, der mehr nebenamtlich psychotherapeutisch arbeitet, wird diese Entwicklungen durchzumachen haben; die erste, grundlegende Erkenntnis ist es, die Macht seelischen Einflusses in ihrer Wirkung erfaßt zu haben. Nicht theoretisch-neutral, sondern in praktischer Arbeit.

Diese erste Erkenntnis ist nicht viel mehr als ein Wegweiser; der Weg selbst ist lang und dornenvoll. Aber an seinem Ziele winken nicht nur dem Spezialarzte für Psychotherapie, sondern jedem Arzte so unendliche Werte, daß jeder, der den Weg geht, sich dieses ersten Wegweisers dankbar erinnern wird.

Gleicht so die Ausbildung des Psychotherapeuten einem langen Wege, der nur den landeskundigen und ausdauernden Wanderer zum Ziele führt, so läßt sich jede einzelne Krankenbehandlung mit den einzelnen Tages- und Stundenstrecken vergleichen; sie fordern auch allgemeinste Ausrüstung, von der einige wichtige Stücke hier noch Platz finden sollen.

Durch eigene Schwierigkeiten, überstandene Neurosen werden manche Psychotherapeuten ihrem Berufe zugeführt; andere durch mehr äußere Umstände, die Tätigkeit an einem Sanatorium oder dgl. Entscheidend ist und bleibt das lebendige Interesse am lebendigen seelischen Sein. Aber es kann sich nur sachlich und klar bewußt betätigen, wenn eine ausreichende klinisch-psychologische Untersuchung des Kranken stattfindet. So muß hier, wo die Wege zur Psychotherapie in ihrer Allgemeinheit angedeutet werden sollen, ein kurzer Überblick über die wichtigsten psychologisch-klinischen und psychiatrischen Gesichtspunkte gegeben werden, die in jedem Fall unbedingte Berücksichtigung verlangen. Von entscheidender Bedeutung ist dabei nur die

klare Übersicht; denn Einzelheiten bringt der Kranke selbst durch seine Schilderung bei.

Wie schon oben betont, ist psychologisch-psychiatrische Untersuchung nur von Wert, wenn sie durch die Ergebnisse genauester somatischer Untersuchung unterstützt wird. Die Frage nach der körperlichen Konstitution und dem Vorhandensein körperlicher Erkrankung muß restlos geklärt sein, soll nicht eine Paralyse oder Lungentuberkulose als „Neurasthenie", eine multiple Sklerose oder Nephritis als „Hysterie", eine beginnende Tabes oder ein initiales Magenkarzinom als „Hypochondrie" behandelt werden oder dgl. mehr. Auf diese Selbstverständlichkeiten muß immer wieder hingewiesen werden.

Hier soll ihre Ausschaltung als Voraussetzung gelten.

Welche Punkte müssen nun bei jedem Krankenexamen geklärt werden, ehe die Psychotherapie in ihr Recht tritt? (Einzelheiten in den entsprechenden Sonderkapiteln.)

Vor allen Dingen zunächst die Vorgeschichte, und zwar möglichst objektiv, d. h. durch Aussagen unbeteiligter Dritter, Schilderung Angehöriger, Zeugnisse, schriftliche Äußerungen des Kranken selbst aus früheren Lebenszeiten usw. Dringend ist davor zu warnen, zu der Vorgeschichte nur Angaben des Kranken zu benutzen, namentlich in höheren gesellschaftlichen Schichten. So muß möglichst objektiv festgestellt werden, ob eine wesentliche Belastung vorliegt, d. h. ob in der väterlichen und mütterlichen Familie Geistes- und Nervenkrankheiten vorgekommen sind. Zahl, Alter, Geschlecht und psychisch-nervöse Beschaffenheit der Geschwister, Geburts- und Kindheitsverlauf des Kranken müssen so weitgehend festgestellt werden, wie irgend möglich. Ist damit die erbliche Disposition und erste Entwicklung einigermaßen erkennbar, so gilt es weiter, objektiv zu klären, wie die intellektuelle Entwicklung verlief. Ob die Schulleistungen durchschnittlich und gleichmäßig waren, wie sich das Berufsleben gestaltete, wie der rein äußerliche Lebensgang bisher war. Ob die gesteckten sozialen Ziele erreicht oder übertroffen wurden, und der Weg zu ihnen eine auffällige Sonderbegabung intellektueller Art erkennen läßt.

Diese soziale Einordnung des Kranken gibt ein gewisses Maß für die Leistungsfähigkeit im ganzen und den äußeren Zusammenhalt der Persönlichkeit.

Einen näheren Einblick verschafft die Prüfung der verschiedenen Seiten der einzeitigen Bewußtheit.

Schon die Unterhaltung mit dem Kranken und seine körper-

liche Untersuchung lehrt bald, ob die rezeptive Seite frei von groben Störungen ist; besondere Fragen werden feststellen, ob er ein ausgesprochener akustischer, optischer, kinästhetischer oder gemischter Typ ist, was für die Art der Behandlung bedeutungsvoll sein kann. Ob ihm z. B. beim willkürlichen Wecken der Erinnerung an einen abwesenden Menschen dessen Gesichtszüge, Wuchs, Haar- und Augenfarbe besonders deutlich sind, ob er Gelesenes besser behält als Gehörtes (optischer Typ) oder umgekehrt (akustischer Typ), oder ob er sich nur durch Schreiben Worte leicht und fest einprägt, von seinen Mitmenschen nur Haltungen, Gebärden, Bewegungen klar erinnert, so daß er sie nachahmen kann, ohne sie in der Erinnerung zu „sehen" (kinästhetischer Typ) oder ob hier feste Regeln nicht nachweisbar sind.

Besonders eingehend wird das Gefühlsleben klarzulegen sein; ob der Kranke vorwiegend und bewußt die impressive Seite der einzeitigen Bewußtheit hervortreten läßt („Gefühlsmensch") oder ob ihm und seiner Umgebung das Fehlen von Gefühlen aufgefallen ist, die sonst als „normal" gelten: Gefühl für Ordnung, Reinlichkeit, Gewissenhaftigkeit, für Pflichten und Verpflichtungen, für gut und böse, schön und häßlich, mein und dein usw. Ob er über seinem Gefühlserleben steht oder leicht von ihm überwältigt wird; ob dies mehr Folge einer Irritabilität oder Hemmungslosigkeit oder einer sozusagen endogenen Gefühlsbereitschaft ist. Die Art der häufigsten Gefühle und ihr Ablauf, ihre Verknüpfung mit anderen, ihre Dauer und Ermüdbarkeit, ihr adäquates Verhältnis zur durchschnittlichen Reizgröße u. v. a. m. ist klarzulegen. Erlebt der Kranke die Gefühle als Teile seiner Persönlichkeit oder als fremde, vielleicht unheimliche Macht oder „rohe Kraft"? Ist er sich überhaupt seines Gefühlsbesitzes klar? Kennt er bei sich Gefühle, die er für eigenartig, krankhaft oder beneidenswert hält?, kann er sich der Entstehung seiner Gefühle klar werden oder sind ihm selbst unverständliche Gefühlserlebnisse häufig? In keinem Falle darf eine genaue Besprechung des Sexualgefühls unterbleiben; nicht, weil hier, wie die Freudsche Schule annimmt, die letzten Persönlichkeitsgesetze liegen, sondern darum, weil einmal das Sexualleben ein sehr empfindlicher Indikator für viele Gefühlseigenheiten ist, und zum anderen, weil kein Gebiet menschlichen Erlebens so ungünstige Entwicklungsbedingungen hat, wie das Sexualleben. Steht doch schon seine Erörterung in der Erziehung usw. unter so starken Hemmungen! Außerdem ist das Sexualgefühl durch die herrschenden Anschauungen namentlich bei sen-

siblen Menschen oft so verquickt mit widerstreitenden Gefühlen: der Schuld, der Angst, des Ekels usw., daß ein „nervöser" Mensch mit normaler Vita sexualis recht selten ist. Oft ist schon die Versachlichung und Klärung der auf diesem Gebiete wuchernden unklaren Gefühle und verworrenen Gedanken eine ungemein wesentliche analytisch-therapeutische Entlastung.

Bei den Vorstellungen ist festzustellen, ob ihr Ablauf dem Kranken selbstverständlich ist, oder ob ihm oft Vorstellungen überraschender, fremdartiger Art sich aufdrängen; wie der sonstige Vorstellungsablauf unbeeinflußt und bei experimenteller Reizung geschieht? Ob Vorstellungsarmut herrscht; ob quälender Vorstellungsüberschwang? Ob Zwangsvorstellungen auftreten? Liegen Anhaltspunkte für das häufige und starke Wirken „unbewußter Vorstellungen" vor?

Wie ist die aktive Seite der einzeitigen Bewußtheit entwickelt? Besteht subjektiv das klare Willenserlebnis? Stehen ihm Widerstände und Sperrungen entgegen und welche? Wie verläuft subjektiv das Denken?

Werden neue Eindrücke gut behalten (Merkfähigkeit)? Ist der Zugang zum Erinnerungsschatz überall frei und vollständig (Gedächtnis)?

Wie ist das subjektive Bewußtseinserlebnis? Herrscht stets das Gefühl voller Klarheit? Bestehen Anzeichen dafür, daß abnorm zahlreiche und differenzierte seelische Gebilde „unbewußt", d. h. in den meisten Fällen unbemerkt oder nicht erinnert, vorhanden sind?

Überwiegt aktive oder passive Aufmerksamkeit? Ist eine beider Funktionen erhöht oder herabgesetzt? Wie steht es mit Ausdauer, Lernfähigkeit, Gewöhnung und Übung?

Die der „inneren Erfahrung" zugänglichen Teile dieser Feststellungen sind durch ausführlichste, möglichst wiederholte Selbstschilderung des Kranken zu gewinnen; alles leistungsmäßig Prüfbare muß eingehend und möglichst zahlenmäßig festgelegt werden (s. Abschnitt Wachpsychotherapie).

Die Glieder haben wir nun in der Hand; als „geistiges Band" vereinigen wir sie unter vier Kardinalgesichtspunkten: Erkrankung, Charakter, Intelligenz, Persönlichkeit.

Auch sie sind einer Klärung von verschiedenen Seiten zugänglich. Wie wir die Einzelfunktionen bald „von innen", selbstbeobachtend oder phänomenologisch schildernd, bald „objektiv", leistungsmäßig messend darstellen können, so können die Gesamt-

punkte verstehend-vergleichend oder leistungsweise, sozusagen messend betrachtet werden.

Wir können uns z. B. das innere Erleben eines Psychasthenischen durch seine Selbstschilderungen vergegenwärtigen und zu dem Gesamteindruck der Unzulänglichkeit und Schwäche kommen, können verfolgen, wie auch das Gefühlsleben in seiner Kurzlebigkeit und Erschöpfbarkeit, dem raschen Eintreten heftigster Unlustgefühle bei Ermüdung usw., diesen Stempel trägt, und nun durch objektive Leistungsmessungen der Merk-, Lern-, Reiz- und Konzentrationsfähigkeit das Bild von der „objektiven" Seite aus ergänzen.

Beim Umgrenzen des Charakters, in dem wir eine anlagemäßig bestimmte, voluntär auswählende Grundeinheit und letzte, in ihren tiefsten Grundlagen konstante „Konstellation" sehen wollten, die dauernd der Fülle und Weichheit des Erlebens ihr in etwas starres Siegel aufdrückt, kann uns die Selbstschilderung der Hauptinteressensrichtung ebenso weiter helfen, wie die Beobachtung sämtlicher Reaktionen und ihrer Niederschläge in Briefen, Handlungen usw.

Das äußere Bild der gesamten Intelligenzleistung, wie es in der Lebensgeschichte zutage tritt, wird erst durch Vergleich mit dem intellektuellen Eigenleben und seiner Selbstschilderung verwertbar; hier wird es deutlich, was eigen und was erlernt, was vorhanden und was wirksam ist. Ob der Kranke die erreichten Leistungen aus dem Vollen schenkt oder einer mäßigen, ja sogar schwachen Begabung abringt; ob Leistungsvorräte da sind, die aus äußeren oder inneren Gründen brach liegen u. v. a. m.

Von der „Persönlichkeit" empfangen wir mehr oder minder schnell einen Gesamteindruck, der durch alle vorherstehenden Daten ergänzt oder korrigiert werden muß. Die Grundfragen sind, ob etwas einheitliches, von Ichgefühl getragenes Ganzes vor uns steht; ob Zeichen starker Erlebensfähigkeit nachweisbar oder erfühlbar sind, oder ob ihrer Erkennung besondere Hindernisse entgegen stehen; solche können charakterologisch bedingt sein, z. B. durch Verschlossenheit, Mißtrauen, oder mehr durch äußere Umstände: Erziehung, Schicksal, Milieu u. a. m. die Persönlichkeitswirkung hemmen.

Selbstverständlich kann hier nur von „Charakter" und „Persönlichkeit" im rein sachlich-psychologischen Sinne die Rede sein, der jede Wertung verbietet. Es handelt sich um ein völlig nüchternes Klarstellen der Beziehungen, die „Charakter" und „Intelli-

genz" lediglich als Teile der zu klärenden Persönlichkeit zu suchen und das Gesamtbild so scharf wie möglich herauszuarbeiten hat.

Der Charakter wird im wesentlichen die Grundlinien der impressiven und aktiven Seite der einzeitigen Bewußtheit ergeben: Die Grundformel der Reagibilität (Temperament), die (konstitutionelle) Grundstimmung und die Aktivitätsentwicklung („Willensstärke"). Die rezeptive Seite leitet zur Intelligenz hinüber.

Wie in der einzeitigen Bewußtheit alle drei Seiten unauflöslich verschmelzen, so „Charakter" und „Intelligenz" in der Gesamtheit der Persönlichkeit; und doch zeigt jede eingehende Selbstschilderung den Kampf widerstreitender Faktoren, des Gefühls- und Trieblebens auf der einen, des Erkenntnis- und Willenslebens auf der anderen Seite; des Strebens, das Ich zu bewahren und die Umwelt zu besiegen auf der einen, sich und das Ich im Trieb- oder Gefühlserleben zu verlieren auf der anderen Seite. Der romantischen Zauberwelt des Gefühllebens steht der nüchterne Kampf ums Dasein, dem Rasen ungehemmter Triebe das aufreibende Ringen der Pflicht gegenüber; Vernünftigkeit und Egoismus auf der einen, Begeisterung und Leidenschaftlichkeit auf der anderen Seite, die „Affektivität" im Kampfe mit rationeller Einsicht, die ihre Motive zu gutem Teile von jener entlehnt.

In dieses Spiel komplizierter Momente muß der Psychotherapeut oft eingreifen; aber je aktiver er von Natur ist, desto eindringlicher muß er darauf hingewiesen werden, daß solches Eingreifen ärztlich nur zu Recht besteht, wenn er sich soweit Zugang zu dem vorhandenen Seelischen verschafft hat, als nach Lage des Falles bei eingehender Beobachtung möglich ist. Mancher Mißgriff in der Wahl der Methode, manches fruchtlose therapeutische Herumarbeiten unterbliebe, wenn jeder, der Psychotherapie treibt, es sich zur unbedingten Pflicht machte, wenigstens diese schematischsten und primitivsten Gesichtspunkte bei jedem Kranken zu klären. Statt dessen beschränken sich viele darauf, nach kurzer, körperlicher Prüfung sich die Hauptbeschwerden ihrer Kranken berichten zu lassen und nun schematisch irgendeine psychotherapeutische Methode heranzuziehen, der dann die Mißerfolge zur Last gelegt werden. Besonders unkritische Versuche mit Hypnose bei ungeeigneten schweren und komplizierten Fällen hysterischer Erkrankung haben in dieser Beziehung viel Unheil angerichtet.

Psychotherapie ohne eingehendste und systematische Voruntersuchung ist genau so verwerflich, wie ohne gründlichste körperliche Voruntersuchung.

Damit unterstellen wir jeden ernstzunehmenden psychotherapeutischen Versuch psychopathologisch-klinischer Vorarbeit; ihre fundamentale Bedeutung in diesen Fällen ist leicht durch die Überlegung darzutun, daß nur eine psychopathologische Klärung ermöglicht, die vorliegenden Störungen überhaupt zu erkennen. Dieselbe depressive Verstimmung kann — von körperlichen Auslösungen hier immer abgesehen — unter anderen z. B. in veränderten Empfindungen oder Gefühlen, in Willens- und Triebhemmungen, in Nachwirkungen unbemerkter Vorstellungen, in quälenden Erinnerungen oder Zwangserlebnissen ihre Grundlage haben, deren jede ein grundsätzlich anderes Vorgehen verlangt. Sie kann als primäre, endogene Verstimmung auf verschiedenster Basis oder als „physiologische" Depression zustande kommen, d. h. einen reaktiven Verstimmungszustand darstellen, der im Anschluß an ein Erlebnis niederdrückender Art auftrat. Solchen Kranken allgemein „gut zu reden" ist Menschenfreundlichkeit, aber nicht Psychotherapie, wenn es auch immerhin besser ist, als die stumpfsinnige und mechanische Verordnung von der selbst bei geeigneten Fällen meist völlig wertlosen „üblichen" Dosis von 3 mal 0,5 Kali bromati oder Sanatogen oder dgl. Ohne Psychopathologie keine Psychotherapie, das ist die Quintessenz der Erörterung der allgemeinen Wege zur Psychotherapie.

II. Die Methoden.

3. Populärpsychotherapie.

Von „Populärpsychotherapie" soll hier die Rede sein; sie könnte auch „allgemeine Psychotherapie" genannt werden, doch bleibt diese Bezeichnung besser für die methodologisch vielseitige eigentliche Psychotherapie, die Sonderarbeit des allgemein gebildeten wissenschaftlichen Psychotherapeuten reserviert. Als Populärpsychotherapie werden hier vielmehr *alle ärztlichen Maßnahmen* zusammengefaßt, *deren Einfluß ganz oder überwiegend seelischer Art ist, ohne daß sie doch eigentlich psychotherapeutisches Arbeiten darstellten;* dabei wird peinlichste Beschränkung auf das absolut Wesentlichste um so dringlicher sein, je mehr wir uns allgemeinen Fragen der ärztlichen Kunst nähern.

Wieviel populärpsychotherapeutische Momente in der ärztlichen Praxis wirksam sind, hängt im weitem Umfange von der Persönlichkeit des Arztes ab; Wesen und Art dieser psychothera-

peutischen Momente lassen sich aber am leichtesten erkennen, wenn die ausgesprochenen Bilder psychotherapeutisch ärztlicher Typen bekannt sind. Darum seien hier die häufigsten Erscheinungen in kurzen Strichen angedeutet.

Sie differenzieren sich am leichtesten zunächst nach Gesichtspunkten des Temperamentes; jedem ist der phlegmatische, meist etwas bequeme und nüchterne Kollege bekannt, der stark nach selbstischen Gesichtspunkten seine farblose Tätigkeit mit mehr oder minder Geschick ausübt. Seine psychotherapeutische Hauptwaffe ist die Unerschütterlichkeit, bei überdurchschnittlicher Begabung gleichmäßige Betätigung in klaren Grenzen, wie denn überhaupt die Begrenzung z. B. in pensionsmäßig festem Lebenslaufe hier besonders wünschenswert erscheint. Mehr, als ihm oft selber klar, überträgt dieser Arzttypus sein massives Lebensruhegefühl, eine Atmosphäre von Fragen- und konfliktloser Wohlbehaglichkeit, auf seine Kranken, besonders solche erethisch-sensibeler Art. In differenzierter Form und bei gut entwickelter Affektivität tritt zu der erziehungsmäßig gedämpften Ruhetönung der psychotherapeutisch ungemein wichtige Faktor der „Gemütlichkeit", besonders im Zusammenspiel mit humoristischen Zügen. Auf dieser Grundlage entwickelt sich eine durchaus real gesinnte praktische Lebensweisheit, deren Einfluß für schwankende Nervöse von größtem Werte sein kann, der Segen des „Onkel Doktor."

Ganz anders gestaltet sich die Populärpsychotherapie bei ausgesprochenen Betätigungsnaturen, deren Zerrbilder die manischen Krankheitsbilder darstellen, so daß der Psychiater geneigt ist, von „hypomanischer Veranlagung" zu sprechen; dieser Typus deckt sich mit dem „Sanguinischen Temperament" der Alten nicht voll, steht ihm aber in vieler Beziehung nahe. Hier tritt die die Person des Arztes viel stärker bewußt in Aktion und lenkt in der Populärpsychotherapie mehr auf sich; vor allen Dingen muß etwas geschehen, muß etwas verordnet, etwas vorgenommen werden. Ein gewisser Wechsel der Situation ist erwünscht, oft eine gewisse Sensation gesucht. Diese Ärzte beherrschen die Redegabe, unternehmen gerne viel, meist neben- und durcheinander, erfassen schnell, wo das gute Neue liegt. Sie sind Anreger und Situationskünstler, seltener echte Organisatoren. In der Psychotherapie reißen sie mit fort, verstehen es, größeren Krankenmengen gegenüber etwas zu sein, als „belebendes" Element und leisten psychotherapeutisch Erstklassiges in Anstalt und Sanatorium, oft auch sehr gutes in der Sprechstunde. Wochenlange psychothera-

peutische Arbeit am einzelnen liegt ihnen weit weniger. Es sind mehr „chirurgische" Naturen, denen in der Psychotherapie oft eine gewisse Reizbarkeit einen Streich spielt.

Wieder eine ganz andere Form der Populärpsychotherapie bilden die stark affektiven Persönlichkeiten unter den Ärzten. Der Choleriker schafft Erstaunliches durch Affektshock, aber fast ebensoviel kann er sich eben dadurch verderben. Er ist in ausgesprochendstem Maße nur Arzt für Populärpsychotherapie bestimmter Patienten und dabei unberechenbar wie die Naturgewalten Während der „Betätigungspsychotherapeut" die Kranken mit sich zieht und antreibt, verlangt der Choleriker Unterwerfung und erdrückt die behandelte Persönlichkeit. Seine Domäne sind Überrumpelungs- und Kupierungsleistungen.

Im übrigen ist eine wohlentwickelte Affektivität, die den „warmen" Menschen macht, für die Populärpsychotherapie eine unerschöpfliche Quelle; wohl in der Mehrzahl der Fälle wortlos, lediglich dem Ganzen die Tönung gebend. Lebhafte Anteilnahme und aus affektiven Wurzeln stammende Versenkung in die Persönlichkeit des Kranken kann in folgerichtiger Entwicklung zu psychologisch-analytischem Arbeiten führen; sie weist den Weg ärztlichen Künstlertums, wenn die geeignete Differenzierung vorliegt. Andererseits kann eine unglückliche affektive Veranlagung sachliche Psychotherapie unmöglich machen. Von Angsthemmungen usw. abgesehen, ist besonders bedenklich ein affektives Hängen an der eigenen werten Persönlichkeit, vielleicht gar an äußeren Vorzügen. Dann wird der Psychotherapeut bestenfalls zu dem leeren Modearzt unbeschäftigter Schöngeister und aus der Psychotherapie ein Mittel zur Befriedigung persönlicher Eitelkeit. Auch solche Psychotherapeuten finden ihr Publikum, besonders im Sanatorium und der Großstadtsprechstunde.

Zu anderen Resultaten führt dieselbe individuell-affektive Ichgebundenheit bei idealistischen Naturen; dann tritt uns der psychotherapeutische Enthusiast entgegen, der entweder jedem Neuem gegenüber wehrlos ist, so daß er in dieser Beziehung an den „Betätigungspsychotherapeuten" erinnert und sich zersplittert, oder, affektiv gebunden, in treuer Gefolgschaft eine „Idee" oder einen „großen Mann" zum einzigen Leitstern hat. Hier stehen auch die Populärpsychotherapeuten, die in gemeinsamem Erleben den Kranken religiöse Wege führen. Bei sonst einigermaßen vielseitiger Begabung hat dieser künstlerhafte Psychotherapeutentypus allergrößte Verdienste um die Psycho-

therapie und die Kranken. Es sei nur an manche bekannte Märtyrer der Hypnotherapie erinnert! Aber affektiv gebunden fälschen sie unbewußt Umwelt, Erfahrung und Erinnerung. Sie haben mehr Geist als Kritik, mehr Fähigkeit zur genialischen Einzelleistung, als zur Systematik und Synthese.

So droht ihnen das Sektierertum; die idealaffektive Gebundenheit führt zum Widerstreit mit den „harten Dingen des Raumes" und auch hierauf wird affektiv reagiert. Sei es, daß der Prophet in die Wüste geht und die Welt verflucht, oder, daß er in der Unüberwindlichkeit der Resignation über die Beschränktheit der Zeit das Lächeln des Weisen lernt.

In diesem Resultate entsteht ein Bild, wie es auch ganz andersartig zustande kommen kann. Die lehrhaften, doktrinären Psychotherapeuten können dasselbe Entwickungsziel erreichen. Ihr eigenster Zug ist der, zu abstrahieren und zu systematisieren, und zu versuchen, das Geschehen dem Erkannten einzuordnen oder zu unterjochen.

Erst gedanklich, dann praktisch.

Es ist jene letzte systematisierende Eigenheit, deren Räderwerk zu einem Teile in den Krankheitsbildern echter Wahnkranker, Paranoischer, zutage liegt. Sind dem vorwiegend Affektiven die affektiven Bedingtheiten mehr als die Erfahrung, so werden hier intellektuelle Faktoren dem Leben übergeordnet. Der Einheit und Gewißheit des Glaubens beim Affektiven entspricht hier die Gewißheit logischer Beweisbarkeit, dem Propheten dort, der Gesetzgeber hier. Zum vollen Verständnis dieser Psychotherapeutengruppe muß daran erinnert werden, daß verschiedene Betrachtung aus dem Strome des seelischen Lebens und Erlebens die verschiedensten Spiegelbilder gewinnt, jene psychologische Grunderkenntnis, deren Verständlichung im ersten Kapitel versucht wurde. Jeder dort angedeutete Gesichtspunkt kann für den doktrinären Psychotherapeuten „mein System" werden, ob er nun lediglich Intellektuelles oder lediglich Affektives oder lediglich Voluntäres sieht; ob für ihn „die Vorstellung", „das Unbewußte" oder „die Aufmerksamkeit" zum „Grundprinzip" wird; ob er „Selbstbeherrschung", „Konzentration", „Triebentfaltung" usw. lehrt.

Die Vorzüge solcher Vereinseitlichung sind praktisch sehr groß; denn in dem geschlossenen System greift alles ineinander, nirgends ist Raum für Unklarheit, Zweifel oder Überraschung. Der Kranke wird mehr oder weniger bewußt und merklich auf eine völlig feste Anschauung gebracht. Schulmeisterliche Unfehl-

barkeit tritt an die Stelle der mitarbeitenden Überlegenheit des modernen, allgemein gebildeten Psychotherapeuten oder der stillen Größe echter Lebensweisheit guter Populärpsychotherapie. Sich in einer solchen geistigen Zwangsjacke wohlfühlen, ist Vorrecht bestimmter Naturen, denen fast ausnahmslos auch sonst das Pädagogische nahe liegt; sie verlangen von Gott und Welt klare Abrechnung und sind in erstaunlichem Maße zu Pedanterie und Intoleranz geneigt. Da unter den Kranken aller Art aber große unartige Kinder sehr häufig sind, so wird dieser Psychotherapeutentypus stets wertvolle und dankbare Aufgaben finden und schöne Erfolge haben. Das Festigende, Disziplinhafte dieser Psychotherapie ist neben dem Gesetzgeberischen in ihr von unschätzbarem Werte, so daß vielen Kranken aus Berufen praktisch-disziplinierter Art ein solcher Psychotherapeut sehr zu empfehlen ist, wenn sie nicht all zu kritisch sind.

Eine Zeiterscheinung in gewissem Sinne ist der zynische Arzt, wobei scharf zu scheiden ist, ob dieser Zynismus ein „naiver", undifferenzierter ist — dann erlaubt er nur Populärpsychotherapie bei entsprechend undifferenziertem Menschenmateriale — oder ob es ein sentimentaler, zur Abwehr gegen allzuviel sensitives Erleben angewöhnter ist. Ein solcher erarbeiteter Zynismus kann psychotherapeutisch unschätzbar wertvoll sein, besonders gegenüber aufdringlichen, unechten und deklamatorischen Gefühlsäußerungen. Gefährlich ist der Widerhalt, den der lebenswertverneinende, das real Gegebene hart hervorhebende Tonfall des sentimentalen Zynismus in vielen schwankenden Psychopathenseelen findet: eine gewisse verzweifelte Wurstigkeit, ein Galgenhumor dem ganzen Leben gegenüber. Jene Zeitkrankheit, die von den Franzosen le „je-m'en-fichisme" genannt wurde, deren Träger von Narkose zu Narkose taumeln. So ist der ärztliche Zynismus ein gefährliches Werkzeug, das, überlegt gehandhabt, Glänzendes leistet. Ähnliches gilt von der Wirkungsweise des blasierten und ironischen Psychotherapeuten; sie haben ihr ganz bestimmtes Publikum und dürfen hier erwähnt werden weil sie ebenso starr und festgelegt sind, wie der doktrinäre Psychotherapeut. Nur genau als Antipoden. Sie sind letzten Endes Stoiker, wenn sie überhaupt etwas leisten und bedeuten; darf doch die enorme Selbsterziehungsvorarbeit des echten „nil admirari" in keiner Weise unterschätzt werden! Sie wurzeln mehr in der Zivilisation, der doktrinäre Psychotherapeut in der Kultur. Er ist meist mehr Idealist, der echte differenzierte Zyniker und Blasierte affektiv

resignierter Realist. Er ist in seinem „nil admirari“ und „ignorabimus“bekenntnis wohl von allen Psychotherapeuten am meisten Kind unserer Zeit und darum in der Lage, manchem differenzierten Jetztzeitmenschen viel zu sein. Drum trägt er in seinem Wappen die müde Linie der Resignation und wie dem aktiven, systematisierenden doktrinären Psychotherapeuten oft die Hygiene, so wird ihm die Ästhetik zur Religion.

Noch zu einem weiteren, ungemein verbreiteten Psychotherapeutentypus führt der doktrinäre Psychotherapeut; es ist der ausgesprochene Willensmensch. Zielsicher, zäh, real, konsequent, bestimmt, ruhig, klar zeigt er das Idealbild des betriebsamen „Betätigungspsychotherapeuten“ vereinigt mit den Vorzügen des doktrinären Psychotherapeuten, aber ohne die Mängel beider. Er beschränkt sich nicht auf fruchtloses Anregen und versucht nicht, die Wirklichkeit seinen Prinzipien einzuquälen. Arbeit größten Stiles ist sein Leben. Um diese Psychotherapeuten ist gleichsam ein Spannungsfeld von Energieströmen, dessen Einfluß kein sensibler Mensch entgeht. Auf das Reale und Lebendige ist er gerichtet; Selbstbeherrschung ist ihm nicht Schmerzverhinderung, sondern Rüstung im Kampfe ums Leben. Er ist der geborene Führer. So auch sein psychotherapeutischer Einfluß; es ist fürsorglich tragende Kraft; Ritterlichkeit und Milde. Wenn nicht begleitende Mängel — affektive oder kulturelle Unzulänglichkeit z. B. — eine einseitige Entwicklung zum Streber, zum Kaufmann usw. bedingen, so daß populär-psychotherapeutisch lediglich der Eindruck wirksam bleibt, welch Kaliber Mensch da tätig ist, ein Eindruck, der bei sensiblen Kranken unendlich viel ausmachen kann. Die Populärpsychotherapie dieses Arzttypus wird stets aktiven Charakter haben, bald mehr erzieherisch, bald beherrschend; als spezielle Psychotherapeuten finden wir solche Naturen besonders in der Suggestionstherapie, der Wachpsychotherapie und der fürsorgenden und organisatorischen Tätigkeit, die eine indirekte Psychotherapie darstellt.

Hier tritt ihnen häufig ein eigenartiger Psychotherapeutentypus zur Seite, der sich am besten als „sozialer“ Psychotherapeut charakterisieren läßt; er zeigt neben Teilen aller obenstehenden Bilder einige eigenartige Züge, die vielleicht nur erworbene, einstellungsmäßig gewachsene sind. Das Bezeichnendste ist eine gewisse Abwendung von der eigentlichen Medizin im praktisch-klinischen Sinne, die diesen Arzttypus nicht befriedigt. Während nun der doktrinäre Psychotherapeut zur Philosophie hinüberblickt

oder ganz zu ihr übergeht, stellt sich dem „sozialen" Arzt als Typus das soziologische Komplexwesen über das Individuum, statistische Daten sind lebendiger, als Beobachtungsdaten usw. Diese ganze Einstellung läßt ein seltsames Gemisch von biologischen und beamtenhaften Denken entstehen, dementsprechend auch das Verhältnis zum Patienten einen eigenartigen Anstrich erhält. Psychotherapeutisch ist dieser Arzttypus als Hauptträger sachgemäßer indirekter Psychotherapie (Fürsorge) für die Populärpsychotherapie von eminenter Bedeutung.

Endlich darf der „wissenschaftliche" Arzt als Populärpsychotherapeut nicht vergessen werden. Es soll damit der wissenschaftlich produktiv arbeitende und *der* Arzt gemeint sein, den hauptsächlich Gesichtspunkte der Forschung an die Kranken fesseln. Wie steht es mit der Populärpsychotherapie? Zunächst bleiben starke Persönlichkeiten der oben skizzierten Formen durch diese Einstellung unberührt. Durchschnittsmenschen erschwert die Einstellung auf das „Wissenschaftliche" den Zugang zur Populärpsychotherapie sehr, besonders wenn lebhafter Ehrgeiz im Kranken nur „Material" oder Blutspender oder zukünftiges Sektionsobjekt sehen läßt. Die überstarke Wertschätzung des Laboratoriums als Arbeitsstätte und des Kaninchens oder anderer Tiere als Patienten bildet eine erhebliche Gefahr für die Populärpsychotherapie des modernen „wissenschaftlichen" Arztes. Sein Glück ist noch, daß viele Kranke das theoretische Interesse persönlich mißverstehen! So entsteht eine ungewollte Populärpsychotherapie. Nicht unerwähnt darf bleiben, daß nnter den „wissenschaftlichen" Ärzten häufig rein theoretische, ungemein ungewandte Naturen ohne jeden praktischen Blick und ohne irgendwelches Interesse für das Lebendige außerhalb des gerade schwebenden Arbeitsproblems sind. So ist es nicht zu verwundern, daß die populärpsychotherapeutische Bilanz gerade für den „wissenschaftlichen" Arzt ziemlich ungünstig ausfällt.

Diese Bilder ließen sich leicht ins Ungemessene mehren; hier soll aus der „Fülle der Gesichte" nur herausgestellt werden, was für die Gestaltung der Populärpsychotherapie von besonderer Bedeutung ist.

Es kann zusammenfassend kurz auf die Formel gebracht werden, daß der Arzt um so mehr Populärpsychotherapeut ist, je mehr er an und für sich Mensch ist und dies neben und in seinem Berufe behauptet. Das erfordert zunächst eine einigermaßen ausgesprochene Persönlichkeit z. B. in einer der oben angedeuteten Formen.

Aber damit ist Populärpsychotherapie nicht gewährleistet; unbedingte Voraussetzung ist, daß der Arzt **über** seinem Berufe steht, damit dieser nicht in der praktischen Arbeit den Weg zum Kranken sperrt. Bei der enormen Bedeutung affektiver und unausgesprochener Momente für die Herbeiführung des Kontaktes muß für die Populär-Psychotherapie eine so völlige Beherrschung der rein medizinischen Aufgaben gefordert werden, daß der Arzt jederzeit mit dem Kranken Fühlung nehmen kann. Dann sind stets die Vorbedingungen da, um der Vertrauensfrage entsprechend gerecht zu werden.

Viele Ärzte sind sich nicht genügend darüber klar, was der Kranke beim Arzte sucht; oder sie haben bei der seelischen Fühlung mit ihren Kranken so üble Erfahrungen gemacht, daß sie prinzipiell zwischen sich und den Kranken ein weites Schutzfeld kühler „Sachlichkeit" legen. Sicher ist das in weitem Maße Temperamentssache und ebenso sicher gibt es nicht selten Kranke, die am besten gleich von Beginn der Behandlung „kalt gestellt" werden, namentlich intellektuell und ethisch minderwertige. Aber alle diese Feststellungen lassen unberührt, daß der „Durchschnittskranke" mit gewissen Erwartungen persönlicher Art an den Arzt herantritt, deren Erfüllung das ärztliche Arbeiten ungemein erleichtert. Ein Überblick über die Populärpsychotherapie darf an diesen typischen Situationen nicht vorübergehen, da sie von entscheidender Bedeutung sind. Wie sich nach Balzacs Ansicht das Schicksal mancher Ehe in der ersten Nacht entscheidet, so nicht selten das Schicksal einer langen Behandlung in den ersten Minuten.

Wenig Situationen sind so günstig für seelische Beeinflussung, wie der Beginn einer ärztlichen Behandlung; der Kranke kommt meist in einer Notlage, gewissermaßen wehrlos. Er hat Beschwerden irgendwelcher Art, „subjektive" Störungen, derentwegen er Abhilfe sucht. Er knüpft an diese Beschwerden bestimmte Deutungen, Befürchtungen und Fragen, sehr häufig gewisse Selbstvorwürfe. Nur ein kleinerer Prozentsatz differenzierterer Kranken hat, gleich dem Arzte, sachliches Interesse an der Diagnose. Weit wichtiger ist dem Kranken meist die Frage, ob „es schlimm ist" und woher der Schaden kommt. Führt ihn nicht äußere Zufälligkeit zum Arzte, so steht er diesem meist mit ganz bestimmten Erwartungen gegenüber, oft so stark affektiver Art, daß die Einleitung der Behandlung dadurch erschwert wird.

Wie wird der Arzt all diesen Vorbedingungen gerecht werden können? Zunächst wird er in jedem Falle bedenken müssen, daß

der Patient nicht der Krankheit, sondern der Beschwerden wegen kommt, mögen diese noch so „subjektiv" sein. Es kommt einem Kunstfehler gleich, irgendwelche auf den ersten Blick fantastische Beschwerden als „unmöglich" abzulehnen; ebensowenig kann ein Vertrauensverhältnis aufkommen, wenn dem Kranken eine sachliche Selbstschilderung erschwert wird, mag sie dem Arzte auch noch so geduldsprüfend sein. Kurzes, stichwortmäßiges Bestimmen zeigt dem Kranken, daß er Verständnis findet und kürzt den Bericht erheblich ab, ebenso präzise und verständliche Fragestellung. Das kleine Mehropfer an Zeit bringt sich in der Behandlung reichlich ein, da sonst der Kranke bei jeder neuen Behandlung versucht, das Versäumte gut zu machen und dann selbstverständlich völlig unsystematisch klagt. Die klinische Alltagsweisheit, daß eine gute Vorgeschichte in vielen Fällen schon die Diagnose macht, darf populär-psychotherapeutisch dahin abgeändert werden, daß eine gute Einleitungsbesprechung oft schon die ganze Psychotherapie macht. Populär-psychotherapeutisch ist sie um so unentbehrlicher, als sie das erste Eindrucksbild der Persönlichkeit des Kranken gibt — des entscheidenden Faktors für die weitere Gestaltung der Populärpsychotherapie — und die Basis für die Entwicklung des nötigen Vertrauensverhältnisses bietet.

Vielleicht sieht mancher Leser in diesen Erörterungen grobe Gemeinplätze. Es darf demgegenüber nur daran erinnert werden, daß nichts schwieriger und verhängnisvoller ist, als die Selbstverständlichkeiten des Lebens.

Hat die Vorbesprechung ihre anamnestischen und populärpsychotherapeutischen Aufgaben erfüllt, so ergeben sich nach der Untersuchung und etwaigen Behandlung neue typische Situationen. Soll der Kranke über sein Leiden aufgeklärt werden?

Jedenfalls ist er in den wenigsten Fällen mit der allgemeinen Versicherung, daß „es nun gut sei" oder „schon besser werden würde", zufrieden; hat er doch seine Beschwerden schon lange *gedeutet*. Wenn es die Einsicht des Kranken irgend erlaubt, ist in jedem Falle die Sachlage klar darzulegen. Diese Forderung kann von der Vertrauensseite aus begründet werden, ja es kann sogar der Standpunkt Verteidigung finden, daß der Kranke ein gewisses moralisches und juristisches Recht auf Mitteilung hat. Vom rein praktischen Standpunkte aus ist aber ein Grund für Verheimlichung einer Diagnose *lediglich mit Rücksicht auf den Kranken selbst* überhaupt nicht einzusehen; denn — dieser Punkt ist populär-psychotherapeutisch von eminenter Bedeutung — nicht

auf das was, sondern auf das wie kommt es bei allen solch ärztlichen Eröffnungen an. Wenn von anderer Seite geraten wird, einem Tabiker z. B. nichts von einer Rückenmarkserkrankung zu sagen, so kann dem nicht energisch genug widersprochen werden. Führt doch eine Verschleierung in dieser Beziehung zu größter Gefährdung des Kranken. Einmal wird er nur allzu leicht dazu verführt, in irgendeiner Beziehung sorglos oder leichtfertig zu sein; vor allen Dingen aber ist die Kenntnis der häufigsten Erkrankungen so allgemein verbreitet, daß der Kranke sich schnell selbst ein zutreffendes Urteil über seinen Zustand bilden kann; endlich läuft er Gefahr, bei Behandlung oder Untersuchung durch einen anderen Arzt aufgeklärt zu werden und die seelischen Nöte, die ihm falsche Sorglichkeit ersparen wollte, doppelt intensiv nachzuholen. Sagt er sich doch nun, daß ihn der erste Arzt entweder „falsch behandelt" und so viel versäumt hat oder ihm gegenüber unaufrichtig gewesen ist. In beiden Fällen wird das Vertrauen meist endgültig zerstört sein. Darum und nicht aus irgendwelchem Wahrheitsfanatismus muß populär-psychotherapeutisch zu absoluter Wahrhaftigkeit geraten werden.

Ihre Durchführung ist bei einigem Takte und Geschick in keiner Weise schwierig. Nur legt sie besonders intensiv die Verpflichtung auf, sich nun auch um den Kranken zu kümmern. So ist die rationelle therapeutische Einstellung zugleich die Sicherung gegen alle Bedenken der Aufklärung; ihr belebender Einfluß beseitigt jede gemütliche Belastung durch das Hinweisen auf die Heilungs- und Besserungsaussichten. Er macht auch alle eigentlichen Trostreden überflüssig. Denn er gibt dem Kranken das ersehnte Gefühl des Geborgenseins; er nimmt ihm qualvolle Grübeleien und — oft nur halb bewußt bestehende — Lasten eigener Verantworlichkeit.

Die unfruchtbaren, selbstquälerischen Fragen, wie das Unglück hätte vermieden werden können, was der Kranke hätte tun oder unterlassen sollen usw. kommen in gut disziplinierter, klarer und geordneter Behandlung nicht auf. Vor allen Dingen muß den Kranken das so sehr häufige Gefühl genommen werden, als sei ihre Krankheit etwas Besonderes; es geht bei robusten Naturen nicht selten auf eine gewisse Eitelkeit zurück, während sensible an sich ein Verhängnis glauben walten zu fühlen.

Aus denselben Gründen, die der diagnostischen Verschleierung entgegenstehen, muß vor der völligen prognosti-

schen Fälschung gewarnt werden, wo es sich um ungünstige Fälle handelt.

Das Verhältnis der Kranken zur eigenen Prognose ist ein sehr eigenartiges; an wenig Lebenslagen läßt sich der überwältigende Einfluß wunschbildender seelischer Tendenzen, die aus der modernen Neurosenuntersuchung ja allgemein bekannt sind, so deutlich erkennen, wie hier. Die Stellung des Kranken zur ungünstigen Prognose hängt absolut mit Faktoren zusammen, die mit der rationalen Einsicht wenig zu tun haben. Es ist der *„Lebenswille"*, der „Trieb zum Leben", der hier herrscht und bei starker Ausbildung jede gegenteilige Andeutung oder Mitteilung aufhebt, krasseste Handgreiflichkeiten ausschaltet, gleichsam nicht wahr sein lassen will und seine Souveränität über alle Erfahrung stabiliert. Seine Macht hat für den nüchternen Beobachter immer wieder etwas fast Unbegreifliches. So gilt es bei der Behandlung der Prognosenmitteilung mit diesem Grundfaktor zu rechnen; wo er waltet, ergibt die Erörterung der Prognose meist nur ein sachliches Gespräch eigenartig unpersönlicher Art. Weit schwieriger wird das populär-psychotherapeutische Vorgehen ohne diese Grundlage bei der Erörterung der ungünstigen Prognose; sie zeigt eine erhebliche Anzahl von Kranken mit deutlicher Lebensverneinung, die meist den Charakter einer *Selbstvernichtungstendenz* hat. Sie darf nicht mit theoretischer Ablehnung des Lebens und seiner Armseligkeit verwechselt werden, mit der sich stärkster „Lebenswille" sehr wohl verträgt; sie ist, ebensowenig wie der „Lebenswille", irgendwie rationale Einsicht, sondern primitivste Tendenz, zielvoll, aber — in den Äußerungen genommen — unlogisch. Gleich dem Lebenswillen läßt sie sich am ehesten aus der Stimmungstönung erkennen; auch sie läßt die Erörterung der Prognose auffallend sachlich und unpersönlich geschehen. Aber während bei dem von Lebenswillen Getragenen die Erörterung gleichsam am Kranken vorbeigeht, erfährt der besprechende Arzt bei dem von Lebensverneinung Getragenen ein Verständnis, das fast unheimlich über die eigenen Worte hinausgeht. Die Abwehrstellungen des Zynischen, Stoischen, Abgeklärten oder Gläubigen dürfen mit ihr nicht verwechselt werden; sie sind weit stärker *erarbeitet;* erlauben wohl auch sachliche Erörterung, aber auf einem weit leichter einfühlend verständlichen Standpunkte. Es bleibt eine Mittelschicht gewissermaßen prognostisch Neutraler; hier muß nach Persönlichkeit individualisiert, namentlich gemildert werden. Aber populär-psychotherapeutisch

darf der Arzt nie vergessen, daß ängstliche Naturen sich selbst weit mehr quälen, als eine ruhige, milde und sachliche prognostische Erörterung.

Nur eine Prognose erfordert größte Zurückhaltung: die des bewußt zu erlebenden und rettungslosen Siechtums, wie es namentlich die schweren organischen Nervenkrankheiten herbeiführen, die amyotrophische Lateralsklerose, die schweren Muskeldystrophien usw.; es darf dabei nie vergessen werden, daß der jahrelange Verlauf in allmählichem Fortschreiten die Lebenseinstellung unmerklich umbildet, so daß Zustände sogar ein gewisses Lebensglück ermöglichen, die beim unmittelbaren Vergleiche mit der vollen Gesundheit Entsetzen einflößen.

Entscheidend bleibt, für Erörterung von Diagnose und Prognose nie das Was, sondern stets das Wie; eine Verpflichtung zu grober Verschleierung kann nur in seltensten Ausnahmefällen anerkannt werden.

Mit der Erstbesprechung und der Erörterung von Diagnose und Prognose sind die wichtigsten Vorbedingungen der Populärpsychotherapie gegeben; sie werden oft genügen, um einen „objektiv völlig unbegründeten" therapeutischen Erfolg zu erzielen. Gelingt dies aus sachlichen Gründen nicht, so wird der Besserungswunsch den Kranken treiben, weitere Hilfe oder doch anderen Rat zu suchen. Es kann nicht genug bedauert werden, daß zahlreiche, oft sehr tüchtige Ärzte, so unfrei sind, der Zuziehung weiterer Kollegen oder Spezialisten Schwierigkeiten entgegenzustellen. Ein so kleinliches Verhalten findet im Vertrauensverluste des Kranken mit vollem Rechte seine Strafe; es macht jederlei verständige Populärpsychotherapie unmöglich, muß doch dann der Kranke anfangen, den Arzt zu behandeln! Was in den meisten Fällen, wenn es sich nicht um einfache affektive Hemmungslosigkeiten handelt, der Arzt mit der Ablehnung der Konsultation erreichen will, die Autoritätsstellung, geht ihm so unweigerlich verloren.

Wieviel der Arzt überhaupt diese Stellung hervortreten läßt, ist eine populärpsychotherapeutische Geschmacksfrage; besondere Kollisionen drohen ihm durch gesellschaftliche oder gar geschäftliche Rücksichtnahmen übertriebener Art. Populärpsychotherapie ist, wie alle Psychotherapie, nur in menschlich freier ärztlicher Stellung möglich; sie fordert im allgemeinen eine gewisse Autorität, wenn auch nur die des Vertrauens und der Leistung. Denn der Arzt ist der verantwortliche Leiter der Behandlung, wodurch

dem Kranken viel abgenommen wird und abgenommen werden soll. Sich dieser Überlegenheitsstellung durch irgendwelches zu weit gehendes Entgegenkommen berauben, heißt sein Pulver im Brunnen aufbewahren.

Nicht nur dadurch, daß der Arzt selbst aus äußeren Gründen die Behandlungsführung schwächt, ist seine psychotherapeutische Stellung gefährdet. Der Kampf mit einer Reihe banaler äußerer Momente schafft ihm ebensoviel Widerstände.

Namentlich über den erfolgreichen und wertvollen Arzt ertönt nur allzubald die allgemeine Klage, daß er „keine Zeit habe"; richtiger würde meist gesagt, daß er seine Zeit nicht genügend zu verwerten wisse. Wie schon bei der populärpsychotherapeutischen Beleuchtung der Erstbesprechung betont wurde, liegt in der Gestaltung der ersten Konsultation meist der Verlauf der ganzen Behandlung beschlossen. Wer sich zur Gewohnheit macht, die erste Besprechung ausreichend zu gestalten, hat bei jeder neuen Untersuchung nur wenig beizufügen und ist seiner Aufgabe gerecht. Alle, auch ungebildete Kranke, sind dazu anzuhalten, die Punkte der Besprechung vor dem ärztlichen Besuche schriftlich niederzulegen. Ebenso eingehende Selbstschilderungen. Der Arzt kann die Zeit seiner Wege ohne sonstigen Verlust benutzen, um die Aufzeichnungen kurz durchzusehen und den Besuch auf die notwendigste Zeit beschränken, ohne die Fühlung mit dem Kranken zu verlieren. Bei allen chronisch Kranken ist die schriftliche Festlegung der Verordnungen von größter zeitsparender Wirkung. Jeder Arzt wird sich nach Neigung und äußeren Umständen hier noch weiter helfen können. Zu warnen ist vor dem Mißbrauch des Telephons! Durch entsprechende Liquidation für jede telephonische Konsultation wird hier am besten Rat geschaffen. Denn populär-psychotherapeutisch ist in der Zeitfrage das Wesentliche, den Kranken erkennen zu lassen, daß er auf die ihm gewidmete Zeit angewiesen ist; in dieser muß ihm der Arzt ganz zur Verfügung stehen. Unpünktlichkeit bei Kranken darf nicht geduldet werden. Hat so der Kranke die Bedeutung der Zeitfrage richtig erfaßt, so wird es meist leicht gelingen, ihm die nötigen Vorbereitungen für Besuche usw. durchführen zu lassen.

Sehr große, oft fast unüberwindliche Schwierigkeiten können soziale Gegensätze bedingen; ein Kranker, der in dumpfem Klassenhaß dem Arzte gegenüber steht, wird erfolgreiche Populärpsychotherapie nur zustande kommen lassen, wenn es dem Arzte

gelingt, über diese Sperrfeuerzone fort zum Nahkampfe vorzudringen. Wie schwer diese Aufgabe ist, zeigen namentlich viele Fälle von sogenannter traumatischer Neurose. Aber auch von diesen allerschwierigsten Fällen abgesehen, erfordert die „Psychologie des Ungebildeten" stets besondere Berücksichtigung, da der Arzt sich nur allzuleicht über die unendliche Verschiedenheit seelischen Erlebens täuscht. Es sei gestattet, hier eine Beobachtung anzuführen, die ich mündlicher Mitteilung eines bekannten Neurologen, Prof. F. Kramer-Berlin, verdanke.

Ein Kranker war durch äußere Umstände zu lange dauernder Untätigkeit gezwungen und vegetierte ohne jede Beschäftigung dahin; auf die Frage, ob er sich nicht langweile, gab er die klassische Antwort: „Langweilen? Ich habe doch nichts zu tun."

Gewiß läßt nähere Beobachtung auch eine solche, auf den ersten Blick ganz verblüffende Äußerung verstehen; sie fließt aus dem Erschöpfungsstumpfsinn der Tretmühlenarbeit, dem schon die Befreiung von der Arbeit an sich als Glück erscheint; aber sie beleuchtet grell die Schwierigkeit, mit solchem Erleben den psychotherapeutisch notwendigen Rapport darzustellen. Für die erwähnte Antwort ist entscheidend, daß es sich um einen polnischen Landarbeiter handelt.

Selbstverständlich ist die Fülle der Typen eine unendliche; hier, vom allgemeinsten Standpunkt aus, muß nur immer wieder daran erinnert werden, daß für die niederen Stände der Arzt als Mensch stets ein Fremder ist, der noch dazu aus der Not armer Leute Geld macht. Das in jedem Menschen lebendige Geltungsbestreben aber sucht durch Argwohn, Mißtrauen und Ungläubigkeit die Überwältigung zu verhindern, die der Eintritt des situations-, bildungs- und standesmäßig überlegenen Arztes in das Leben des Ungebildeten notwendig herbeiführt.

Daß starke Bildungs- und Anschauungsdifferenzen ohne sozialen Unterschied das gleiche Resultat haben, lehrt der Umstand, aus welchen Kreisen die Hauptkundschaft gewandter Kurpfuscher sich rekrutiert. Die Vorliebe des Adels, der Künstler, der Offiziere, der Geistlichen und Lehrer für Kurpfuscherei ist nicht zum wenigsten in einer solchen Ableugnung ärztlicher Überlegenheit begründet, obwohl hier selbstverständlich noch sehr viel andere Momente wirksam sind. Jedenfalls ist sachgemäß Populärpsychotherapie die wertvollste Waffe gegen die Kurpfuscherei, unpsychologisches ärztliches Arbeiten ihre größte Unterstützung. Welch unendliche Aufgaben der Volkserziehung und praktischer

Kulturarbeit in dieser Seite der ärztliehen Praxis beschlossen sind, ist Sache einer ärztlichen Ethik. Hier sollen nur die Zusammenhänge angedeutet werden, die populärpsychotherapeutisch von entscheidender Bedeutung sind.

Nicht minder verhängnisvoll, als die Standeseinflüsse, können familiäre Momente einer rationellen Populärpsychotherapie werden. Schon dadurch, daß die Familie nicht nur Hort der Sitte, der Tradition und Pietät ist, sondern auch Hochburg aller Reaktion, Enge und Borniertheit sein kann; den Kampf, der Göttern selbst vergeblich, wird der verständige Populärpsychotherapeut nicht aufnehmen, sondern spezieller Psychotherapie überlassen, wenn überhaupt etwas zu erhoffen scheint. Liegen hier doch aus frühesten Kindertagen stammende und mit den menschlich tiefsten Gefühlserlebnissen unauflöslich verbundene Persönlichkeitsteile zutage; die Entwicklung über sie hinaus ist das schwerste Erarbeiten der Selbständigkeit, dessen Mißlingen viele sonst rätselhafte Lebenslinien erklärt. Nicht umsonst wurde die intimste der bisher vorhandenen speziellen psychotherapeutischen Methoden, die Psychoanalyse Freuds, wenn auch auf phantastischem Umwege dieser Frage zugelenkt; sonst wertvolle Menschen aus familiärer Hörigkeit lösen, ist eine große und schwierige psychotherapeutische Aufgabe. Der Populärpsychotherapeut kann in dieser Beziehung nicht vorsichtig genug sein, besonders, wenn er den Kranken nur besuchs- und sprechstundenweise sieht; denn er muß im zeitlich ungünstigen Kampfe unterliegen. Aber auch in psychologisch günstiger liegenden Fällen muß der Populärpsychotherapeut sich die Mitarbeit der Familie soweit wie möglich sichern; dabei kommt ihm der Umstand zugute, daß er sich über den Ernst der Lage, Gefahren etwaiger Nachlässigkeit usw. den Angehörigen gegenüber viel ungezwungener und nachdrücklicher äußern darf, als er dem Kranken selbst gegenüber oft verantworten kann. Hat er z. B. eine zur Erblindung führende Erkrankung festgestellt, so wird er den Kranken mit dieser *Möglichkeit* vertraut machen und ihn zunächst noch unter dem Gesichtspunkte, daß die Sehkraft ernstlich gefährdet sei und ihn Beschäftigung von seinen Sorgen ablenken könne, technisch zur Blindenfürsorge überleiten, den Angehörigen aber sogleich und bestimmt die Sachlage bis in alle Konsequenzen, besonders sozialer Art, darlegen. Wie schwer es oft ist, bei folgenschweren Entschlüssen, z. B. Operationseinwilligungen, Anstaltseinlieferungen u. dgl. mit den Angehörigen ins Reine zu kommen, weiß jeder Arzt; als Populärpsychotherapeut

darf er die Wirkung rationeller Begründung nicht überschätzen, sondern muß in den meisten Fällen durch krasse Ausmalung der schweren Folgen unzeitiger Unterlassung u. dgl. versuchen, affektiv einzuwirken. Denn ihm steht meist weniger Einsichtslosigkeit, als affektive Hemmung entgegen, namentlich sinnlose Angst.

Vielfach wird dem Arzte gegenüber unverständigen Angehörigen nichts anders über bleiben, als Storms goldene Rücksichtslosigkeiten; aber sie sollten nur ein Ultimum refugium darstellen.

Ein besonderes populär-psychotherapeutisches Kapitel stellt die Kinderpraxis dar, an der die Torheit vieler Eltern dem ungeduldigen Arzte nur zu oft alle Freude verdirbt. Populär-psychotherapeutisch muß der Arzt sich der alten Regel „cessante causa cessat effectus" erinnern, und die Eltern entweder entfernen oder zum Hauptangriffspunkt seiner Bemühungen machen; nicht umsonst stieg Faust unheimlicher Gefühle voll zu den „Müttern". Sie können den beschäftigten Arzt in der Kinderpraxis recht eigentlich zur Verzweiflung treiben, besonders wenn ihnen ein tragischer Chor von Tanten, Groß- und Schwiegermüttern mit „Erfahrungen" und „Prinzipien" sekundiert. Ernstlich kranke Kinder, ernährungsgestörte Säuglinge und neuropathische Kinder insbesondere, sollen, wenn irgendmöglich, einer solchen Blocksberg-atmosphäre völlig entzogen werden. Populär-psychotherapeutisch kann gegenüber diesen schwierigsten Aufgaben der Praxis nur absoluteste Konsequenz und Bestimmtheit Erfolg haben, der aber nur allzuoft heimlichen Gegeneinflüssen nicht Stand hält. In vielen Fällen bleibt daher nichts anderes übrig, als die Angehörigen möglichst objektiv, z. B. durch chemische oder mikroskopische Analyse einer Stuhlprobe des Übertretens der ärztlichen Verordnung zu überführen und die Fortsetzung der Behandlung von strikter Innehaltung der gegebenen Vorschriften abhängig zu machen, ein Verfahren, daß auch in ähnlichen schwierigen Fällen der Allgemeinpraxis recht oft empfehlenswert ist. Im Interesse der Autorität und zugleich im Interesse der praktischen Verantwortung. Populär-psychotherapeutisch ist ein solches „Entlarvungsverfahren" vielfach interessant; namentlich zeigt es dem Arzte immer wieder, wie eigentümlich die Stellung des Kranken zur Behandlung ist. Vielen Kranken, die sich freiwillig einer Behandlung unterziehen, sind auch leicht erfüllbare Anordnungen des Arztes ein unwiderstehlicher Anreiz zur Übertretung, dem selbst alte würdige Männer und ehrsame Matronen in einer fast kindlich wirkenden Weise unterliegen. Man braucht nicht auf komplizierte Hilfskonstruktionen

zurückzugreifen, um diese Reaktionen psychologisch verständlich zu machen; nicht eine „unbewußte Rückeinstellung in kindliche Affektgebundenheiten" muß hier postuliert werden. Nach einer solchen Auffassung wird das Verhalten dieser Kranken zum unbewußt fantastischen Spiele mit ähnlichen Erinnerungen aus frühen Kinderzeiten, während in den meisten Fällen weiter nichts wirksam ist, als das allgemein menschliche Geltungsbestreben. Es sind Abwehrmaßregeln gegen den übermächtigen Arzt und seine Herrschaft. Das „infantile" Moment liegt nicht eigentlich in der Reaktion des Kranken, sondern in der Abhängigkeitsstellung zum Arzte. Übertretung von Verboten, die geeignet sind, den Lebensgenuß irgendwie zu stören, haben selbstverständlich eine andere Psychologie. Hier soll nur an den populär-psychotherapeutischen wichtigen Mechanismus erinnert werden, den der Alltag als „menschlichen Widerspruchsgeist" bezeichnet; er gehört zu den Voraussetzungen vernünftiger Populär-psychotherapie und kann in seinen harmlosen Betätigungen ignoriert oder humoristisch genommen werden. Eine gelegentliche Demonstration durch den Entlarvungsversuch ist empfehlenswert; doch heißt es dann bei richtiger populär-psychotherapeutischer Einschätzung, goldene Brücken bauen. Grundlegend ist für die Beurteilung aller dieser Fragen die Erkenntnis, daß, wie alles Leben, so auch das seelische ein steter Kampf ist; alle mensch-zu-menschlichen Beziehungen können als Teile eines riesenhaften Schlachtfeldes erschaut werden: Handel, Ehe, Freundschaft, ärztliche Praxis, besonders in populär-psychotherapeutischer Beleuchtung sind Formen dieses Gegenstrebens, das der Alltag nur in den gröbsten Erscheinungen als Konkurrenz usw. anerkennt. Wer diese grundlegende Erkenntnis einmal wirklich in sich aufgenommen und verarbeitet hat, wer sich als Arzt daran erinnert, daß in demselben Organismus eine Zelle mit der anderen um die Nährstoffe kämpft, daß ein Wachstum, eine Funktion den Gegenpart hemmt, der wird nie erstaunen, diese Grundgesetzmäßigkeit auch bei den biologischen Höchstfunktionen, den seelisch-nervösen und im mensch-zu-menschlichen Leben wieder vorzufinden. Er wird verstehen, daß naiver Weise jede Seele für sich die ganze Welt verlangt und gesunderweise verlangen muß; daß seelisches Mit- und Nebeneinander sozusagen ein elastisches System mit weitgehender Zeitgleichheit und Raumenge ist. Er kann darum kaum mit mehr Verwunderung, als allem einzelnen Geschehen gegenüber, sicher aber nicht mit Enttäuschung oder stärkeren Gefühlen reagieren,

wenn der Kranke unzweideutig feindlich reagiert, sei es auch in noch so konzilianter Form; er wird im Gegenteil diese Antriebe benutzen, z. B. um den Kranken von sich abzulösen, wenn es ihm erforderlich seint. Doch ist dies eine Frage spezieller Psychotherapie. Hier soll nur auf die Selbstverständlichkeit solcher Reaktionen hingewiesen werden, die am leichtesten und häufigsten bei erregbaren Nervösen zu beobachten sind. Wer sie allerdings einmal zu sehen gelernt hat, wird äußerst selten ein mensch-zu-menschliches Verhältnis finden, das von ihnen frei wäre. Nur als Bild, nicht als Erklärung, darf hier an das auflösliche Verbundensein von Schmerz und Lust, Haß und Liebe erinnert werden, wie es am deutlichsten die nervösen Zerrbilder des Sadismus und Masochismus zeigen.

Dem Unvorbereiteten können aus solchen Erfahrungen in der Populärpsychotherapie unangenehme Überraschungen erwachsen. Darum mußten sie hier als Widerstände der Populärpsychotherapie erwähnt werden. Ihre Besprechung führt noch auf einen Punkt, der schon mehrfach in anderem Zusammenhange berührt wurde, die Bedeutung der ärztlichen Selbsterziehung betreffend. Viele ungemein tüchtige Ärzte verderben sich Erfolge dadurch, daß sie populärpsychotherapeutisch wichtige Äußerlichkeiten in Körperpflege, Kleidung, Sprache, Haltung usw. vernachlässigen. Wer kämpft, muß gerüstet sein! Damit ist alles gesagt; hier gilt es nicht, einzelnes zu geben, sondern allgemeine Gesichtspunkte.

Endlich darf nicht verschwiegen werden, daß die größten Hindernisse für das populärpsychotherapeutische Arbeiten oft von Kollegen gesetzt werden. Von groben und aggressiven Inkollegialitäten abgesehen. Viele Kollegen, besonders affektiv erregbarer Natur, nehmen die Angaben ihrer Kranken zu sehr ohne Nachprüfung hin, namentlich solche, über die Tätigkeit anderer Kollegen. So entstehen von einem ärztlichen Autoritätsschneeball ausgehend ganze Gerüchtslawinen, die es dem Betroffenen in höchstem Maße erschweren, seine Autoritäts- und Vertrauensstellung zu wahren. Daß in besonders unglücklichen Fällen solche Lawinen Haus und Hof mitreißen können, darf hier nur zur Unterstreichung der Folgen solcher Schwierigkeiten erwähnt werden. Nicht minder bedauerlich ist die durch äußere Verhältnisse, besonders der Kassenpraxis, in weiten Kreisen der Bevölkerung gesetzte Ärztefeindschaft, die nicht nur auf Agitation und Verhetzung zurückgeht. Im Gegensatz dazu erschwert wieder allzugroßes Entgegenkommen von Kollegen gegenüber Kranken der praxis aurea die Einnahme

einer sachgemäßen populärpsychotherapeutischen Stellung; einen besonders kritischen Sonderfall stellt die Neurosenbehandlung dar, weil unter diesen Kranken besonders zahlreiche degenerative Persönlichkeiten sind, und weil das Verständnis für diese Anomalien keineswegs ärztliches Allgemeingut ist; dies ist um so bedauerlicher, als es sich um sehr häufige und überaus arztbedürftige Kranke handelt.

Zu diesen allgemeinen Widerständen und Hemmungen der Populärpsychotherapie wird jeder Einzelfall noch besondere fügen; um so mehr muß der Populärpsychotherapeut sein Rüstzeug übersehen und anzuwenden wissen. Es liegt vor allen Dingen in seiner Persönlichkeit begründet, welche Wege er einschlägt, um den Kranken zu beeinflussen, und wie er seine Stellung zu ihm entwickelt. Die wesentlichsten Punkte sind in der skizzenhaften Andeutung der verschiedenen Typen populärpsychotherapeutischen Arbeitens angedeutet. So bleibt hier noch die indirekte Psychotherapie als Teil der Populärpsychotherapie zu besprechen, auf die namentlich der vielbeschäftigte Allgemeinpraktiker oft zurückgreifen muß, während der spezielle Psychotherapeut sie fortschreitend einengen wird.

Indirekte oder larvierte Psychotherapie treibt der Arzt, der irgendwelche Maßnahmen und Verordnungen um des seelischen Effektes willen verordnet; sie stellt nur einen Teil der Populärpsychotherapie dar, in der hier die Gesamtheit ärztlich seelischer Heilbeeinflussung außerhalb der eigentlichen Psychotherapie gesehen werden soll. Das banale Beispiel aus der Allgemeinpraxis ist die Injektion mit Wasser oder Kochsalzlösung in der chirurgischen Nachbehandlung zum Ersatze oder zur Entwöhnung von der allabendlichen „Spritze".

Es zeigt aber nur eine Art indirekter Psychotherapie, die man die primitive nennen kann. Sie zielt lediglich auf Beseitigung eines lästigen Symptoms oder eines lästigen Patienten hin. Dagegen verbindet die rationelle indirekte Psychotherapie mit der rein praktischen Tendenz auch die Absicht bestimmter seelischer Allgemeinbeeinflussung, wenn z. B. eine „Luftveränderung" empfohlen wird, um schädliche Umwelteinflüsse auszuschalten und Gelegenheit zu Selbstbesinnung und freier Entwicklung zu geben.

In jedem Falle, ob primitiv oder rationell, ist die indirekte Psychotherapie ein äußerst komplexer Vorgang. Die Mängel der primitiven indirekten Psychotherapie sind weiter oben schon dargetan, ebenso ihre Hauptgefahr, den Kranken ganz aus der Hand

zu verlieren, wenn er den „Bluff" durchschaut. Eine grobe Täuschung des Kranken steht immer im Mittelpunkte des ganzen Vorganges, die um so bedenklicher erscheint, je mehr sie ihn in Vorurteilen und Mißdeutungen seines Zustandes bestärken kann. Die Grundlage der primitiven „larvierten" Psychotherapie ist stets, daß der Kranke glaubt, ein Schlafmittel, eine Morphiuminjektion, ein Abführmittel usw. zu erhalten. Daß er diese falsche Ansicht so fest zu seiner eigenen macht, liegt in verschiedenen, auch individuell und je nach der Situation wechselnden Faktoren begründet. Vor allen Dingen fälscht hier die Erwartung das Urteil und bindet der Kritik die Augen. So ist der chirurgische Rekonvaleszent durch Beschwerden mürbe und wartet sehnlich auf die Wohltat der Spritze, die ihn an den vorherigen Abenden erlöste; der Schlafschwache, namentlich der an Einschlafstörungen und Schlafangst Leidende sieht der Nacht mit Bangen entgegen und klammert sich an das rettende Mittel. Die Lösung dieser mit starken Affekten einhergehenden Erwartungsspannung ist ein Erlebnis, das den Kranken so in Anspruch nimmt, daß er, wenn unbefangen, zu einer kritisch beobachtenden Einstellung gar nicht kommt. Weiter beurteilt er seinen Zustand in den meisten Fällen viel zu sehr von der körperlichen Seite; es scheint ihm undenkbar, daß die Beschwerden nach einem Bauchschnitt so viel „Einbildung" enthalten, daß ein psychisch orientiertes Verfahren Einfluß auf sie haben könnte. Zudem enthält das Lösungserlebnis noch eine höhere psychische Komponente. Durch die Verabfolgung des Heilmittels wird Schwere und Glaubhaftigkeit der Beschwerden ärztlich anerkannt und die Erfüllung seines Wunsches enthebt den Kranken der Notwendigkeit eines Kampfes. Das Gegenstreben kann latent bleiben, der „Widerspruchsgeist" darf ruhen. Neben dem subjektiv stark körperlichen Gefühle der Lösung und Erlösung melden sich Gefühle der Verpflichtung und Dankbarkeit.

In anderen Fällen wird für den Kranken der Weg zur Kritik dadurch verlegt, daß die erzielte *Wirkung* einen ihm unbekannten Mechanismus hat. Hierher gehört die Mehrzahl der auf larvierte Psychotherapie prompt mit regelmäßigem Stuhle reagierenden Kranken. Während sie der Meinung sind, daß ein neues Abführmittel ihren „trägen Darm" entsprechend reize, werden lediglich Hemmungen beseitigt, die bald mehr physiologischer Art sind, bald rein im psychologischen Gebiete liegen. Entsprechende Störungen erklären die schlafvermittelnde Wirkung indifferenter Stoffe in vielen Fällen; es werden affektive, voluntäre oder rationale Ein-

schlafhemmungen beseitigt. Der Kranke, dem diese Deutung im allgemeinen fern liegt, konstruiert sich eine weit einfachere Theorie, die ihm dann, „durch eigene Erfahrung bewiesen und erprobt", so zum Gesetze wird, daß z. B. auf Reisen nachts alle Apotheker einer fremden Stadt alarmiert werden, um vor dem Einschlafen noch die rituelle Wunderpille zu erhalten. So wird durch Gewöhnung die einmalige Täuschung zum Gesetz und Glaubensartikel, der oft durch „Hausmittel"-Offenbarungen ganze Familien beherrscht. Dabei spielen besonders Nachahmung und Autoritätsaffekt noch eine bedeutende Rolle.

Aber hierin liegt nicht die einzige Beziehung des Aberglaubens zur indirekten Psychotherapie. Nicht ganz selten ist der Weg umgekehrt und an vorhandenen Aberglauben schließt sich die gläubige Gefolgschaft in der Gemeinde der „okkulten Heilweisen", „christian science", „ostheopathic health" usw. Im vorigen Beispiele Resultat, ist hier der Aberglaube die Wurzel. Ihr bester Nährboden sind beschränkte Eigenliebe, kritiklose Phantasterei oder erethischer Misanthropismus, die, vom rauhen Alltage angewidert, fröstelnd in der Nüchternheit der Wirklichkeit und bewußt ihres Sonderwertes „eigene Wege" gehen. So führt die Besprechung der indirekten Psychotherapie immer wieder in die Nähe der Frage nach der Psychologie des Kurpfuschers und seines Publikums.

Von grundlegender Bedeutung für Wertung und Nachwirkung der *primitiven indirekten Psychotherapie* ist endlich der Umstand, daß in geeigneten Fällen der Kranke die Heilwirkung in ihrer ganzen realistisch körperlichen Wucht selbst erlebt. „Körperliche" Schmerzen hören auf, „der Darm" funktioniert, um bei den oben berührten Beispielen zu bleiben. Damit rückt die letzte subjektive Beweisinstanz, das Erleben, in den Ablauf der Behandlung, und der Kranke ist mindestens in der Erinnerung unerschütterlich überzeugt, daß auch ganz primitive Elemente, namentlich Empfindungen, „körperlich" beeinflußt wurden.

Um so begreiflicher, daß die Mehrzahl der Kranken es dem Arzte schwer oder nie verzeiht, wenn die Täuschung verraten wird und der naiven Unerschütterlichkeit des psychologischen Laien sich jählings die Untiefen der Selbsttäuschung auftuen vom entschuldigenden Lächeln des psychologisch verstehenden Arztes irritierend milde beleuchtet. Einer solchen kritischen Situation erster Ordnung soll sich der Arzt nicht unnötig aussetzen; mindestens nur in klarer Erkenntnis der Gefahr, daß mit dem em-

pörten Ausrufe „ich verbitte mir solche taktlosen Experimente" irgendeine tiefbeleidigte Persönlichkeit die Behandlung abbricht.

Darum erfordert die indirekte Psychotherapie, ganz besonders in der primitiven Form, klare Indikationsstellung. Eine Indikation äußerlichster Art kann im *Zeitmangel* liegen, wo sozusagen mildernde Umstände der Notwehr besonders gegenüber Neurosenkranken gegeben sind. Mehr sachliche Begründung hat die Indikationsstellung aus dem Gesichtspunkte, daß ein *akuter*, den Kranken wandelnder *Zustand* vorliegt, wie eben z. B. eine glatte chirurgische oder sonst operative Rekonvaleszenz. Das Gesundungserlebnis und die Operationsverpflichtung sind meist so überwertig, daß eine vereinzelte auch verratene primitive indirekt psychotherapeutische Maßnahme durch sie außer Kurs gesetzt wird.

Weit bedenklicher ist die Anwendung primitiv larvierter Psychotherapie bei *chronischen* körperlichen Erkrankungen. Hier fehlt das erhebende Moment des Heilungserlebnisses und die Länge des Verlaufes zwingt zur Wiederholung des Tricks, wodurch alle Bedenken verstärkt werden. Hier ist unbedingt zu reiner Psychotherapie zu raten, wenn auch nur in populärer Form.

Am verwerflichsten ist die Anwendung primitiv larvierter Psychotherapie bei chronischen Psychoneurosen. Alle Scheinoperationen, Haltungsapparate bei echten hysterischen Bewegungsstörungen, alles trostweise Verordnen von irgendwelchen ad libitum-Arzneien oder gar von Pseudoheilmitteln der Reklameindustrie, alles physiologisch unbegründete Arbeiten mit physikalischen Methoden ist ein grober Mißbrauch. Denn hier wird der Kranke nicht nur über die Behandlung, sondern auch über sein Leiden getäuscht. Während in den vorher erwähnten Fällen einigermaßen verständige Kranke nur mit Erstaunen feststellen werden, wie mächtig „sogar bei ihnen" der Einfluß der „Einbildung", also rein psychischer Momente ist, wird hier durch kritikloses Arbeiten mit körperlichen Methoden nur das laienhafte Vorurteil körperlichen und meist sehr schweren Leidens gestärkt und dem Kranken der Weg zu rationeller Behandlung erschwert. Das sind so schwerwiegende Nachteile, daß man recht wohl von einem Kunstfehler sprechen kann.

Allerdings mit einer Einschränkung! Als Voraussetzung der Psychotherapie wurde ein gewisses Maß von Einsicht und Bildsamkeit bezeichnet. Wo diese Voraussetzungen nicht erfüllt sind, besonders bei ausgesprochenen Schwachsinnigen mit Psychoneurosen, wird den unüberwindlichen Verständigungsschwierigkeiten entsprechend gelegentlich ein primitiv

larviertes psychotherapeutisches Vorgehen zu rechtfertigen sein. Aber der psychotherapeutisch gebildete Arzt wird sich der Minderwertigkeit dieses Verfahrens immer bewußt sein und seine Anwendungsgrenzen so eng wie nur irgend stecken. Er wird es vorziehen, in gründlicher sachlicher Arbeit Dauerresultate zu erstreben und es den Charlatanen überlassen, den glänzenden Eintagsfliegen trügerischer Wundererfolge nachzujagen.

Bei akuten, monosymptomatischen psychogenen Störungen darf die Indikation für den Arzt, der die Suggestivtherapie, besonders in hypnotischer Form, nicht beherrscht, wieder etwas weiter gestellt werden. Doch soll das prinzipielle Bestreben jedes wissenschaftlichen Arztes dahin gehen, diese Taschenspielereien einzuschränken. Die Ausnahmeindikation des Schwachsinns besteht selbstverständlich auch hier.

Während so die *primitive* indirekte Psychotherapie im allgemeinen durchaus abzulehren ist, stellt die rationelle indirekte Psychotherapie ein Hauptstück des wissenschaftlich psychotherapeutischen Rüstzeuges dar, dessen Indikation ebenso universell ist, wie seine Bedeutung. Ihr Angriffspunkt ist nicht das Symptom, sondern der ganze Mensch. Die rationelle indirekte Psychotherapie umfaßt alle ärztlichen Maßnahmen, die ohne spezielle Individualpsychotherapie, wie sie Hypnose, Analyse, Übungstherapie usw. darstellen, eine Beeinflussung der kranken Persönlichkeit bezwecken. Ihr Bereich ist schwer scharf gegen den der „Wachpsychotherapie" abzugrenzen; manche Methoden, wie z. B. das Bruns-Ziehensche Ignorierungsverfahren, stellen Zwischengebiete dar, die aber mit Rücksicht auf die methodische Ausbildung besser der Wachpsychotherapie eingereiht werden.

Die Darstellung der rationellen, indirekten Psychotherapie geht am besten von den einfachsten Fällen aus. Ein solcher ist z. B. gegeben, wenn eine arzneiliche Verordnung mit einer charakterologisch sinngemäßen Allgemeinmaßnahme verknüpft wird; eine solche stellt etwa die Verordnung von Brunnentrinken nüchtern in frühen Morgenstunden für den Angehörigen der Kreise dar, die in ihrem Alltagsdasein das Nachtleben der Arbeit, der Gesellschaft oder des Genusses bevorzugten. Demselben Ziele können alle rationellen Allgemeinverordnungen dienen, gleichgültig, ob Hydrotherapie, Massage, Gymnastik, Diät oder was auch immer als Vehikel benutzt wird; damit ist das Grenzgebiet der Beschäftigungstherapie erreicht, die in reiner Form der eigentlichen

Wachpsychotherapie untersteht. Darum mögen hier diese Andeutungen genügen.

Eingehender muß sich die rationelle indirekte Psychotherapie mit der Psychologie des ärztlichen Verbotes auseinandersetzen.

Das ärztliche Verbot stellt einen schweren Eingriff in die persönliche Freiheit dar; schon aus diesem Grunde, dem sich noch zahlreiche andere beigesellen, muß von dem populärpsychotherapeutisch einsichtigen Arzte verlangt werden, daß er es nur ganz überlegterweise anwendet. Leider wird gegen dieses Grundprinzip unendlich viel verstoßen und ganz schematisch darauflos verboten, namentlich bei allgemein nervösen Störungen; der Einfluß persönlicher Hypochondrie des Arztes ist hier besonders verhängnisvoll. Der Schaden mäßigen Genußmittelgebrauches ist bei organisch Gesunden so hypothetisch, die Störung der Lebensfreude und ihr Einfluß auf das Gesamtbefinden aber so ungeheuer, daß vor solchen Kurzsichtigkeiten nicht genug gewarnt werden kann. Berühren sie doch den ärztlichen Grundsatz des nil nocere!

Rein äußerlich läßt sich das Gesamt- und Teilverbot trennen; wesentlicher sind populärpsychotherapeutisch andere Unterscheidungen, von denen hier die autoritativer, affektiver und rationaler Verbote besonders interessieren.

Beim autoritativen Verbote wird die Verordnung sachlich, aber ohne nähere Begründung als notwendig gegeben. Unklarheiten oder Zweifel sollen überhaupt nicht anknüpfen können. Demgegenüber appelliert das affektive Verbot durch Ausmalung von Folgen usw. an das Gefühlsleben des Kranken; das rationale endlich an seine Einsicht.

Autoritative und Ganzverbote werden besonders bei seelisch defekten und intellektuell oder ethisch Minderwertigen am Platze sein, namentlich gegenüber gleichgültigen und affektlos instabilen, passiv bestimmbaren Naturen. Bei anders gearteten Kranken werden sie nicht selten unerwünschte Wirkungen haben. Dies gilt in noch höherem Maße von einigen Formen des affektiven Verbotes, namentlich denen, die den Angstaffekt des Kranken benutzen. So zweckmäßig bei affektiv leicht Erregbaren mit geringem Tiefgange und mangelhafter Affektnachwirkung ein Wecken unterstützender Angstgefühle ist, so schädlich ist dieser Mechanismus bei dem von Natur Ängstlichen und Selbstquälerischen. Jedem Arzte sind zahlreiche Beispiele dafür bekannt, wie namentlich Kranke mit Magendarmneurosen oder leichten organischen

Herz- oder Stoffwechselleiden durch unzweckmäßige Affektverbote zu grillenhafter Selbstbeobachtung gebracht wurden; man könnte oft von einem induzierten hypochondrischen Irresein sprechen. Weit besser hält sich das affektive Verbot an andere affektive Seiten des Kranken; bei differenzierten Persönlichkeiten z. B. an das Ehrgefühl, bei primitiven an die Eitelkeit. Die freudige Erwartung auf die Aufhebung des Verbotes, muß in entsprechender Weise hoch gehalten werden, damit der Kranke sozusagen ein Interesse daran hat, sich die „Vorfreude nicht zu verderben." Endlich ist namentlich bei primitiven Naturen der „Widerspruchsgeist" sehr wohl zu benutzen. Viele unkritische und einigermaßen leicht erregbare Menschen widerlegen die skeptische Vermutung des Arztes, daß sie die Leistung einer Gebotsrespektierung ja gar nicht aufbringen könnten, sogleich durch unerbittliche Innehaltung der Verordnung und werden so zu besiegten Siegern. Jedes Verbot stellt ja ein kleines Duell zwischen Arzt und Patienten dar, wie schon bei Erwähnung des „menschlichen Widerspruchsgeistes" angedeutet wurde, und die Verboterfüllung kann für den Kranken zur Waffe gegen den Arzt werden, zumal die Psychologie des affektiven Verbotes viel *moralische* Momente enthält. Sie läßt den Kranken in dem Verbote gleichsam eine Bußübungsvorschrift sehen, deren Innehaltung aber auch „Vergebung der Sünden", d. h. Heilung oder wenigstens Besserung beanspruchen läßt. Darum sei der Arzt auf der Hut vor Verbotfanatikern unter den Kranken! Wenn sie nicht von Angst getrieben werden, handelt es sich meist um Leute mit „moralischen Forderungen", die bei der ersten Gelegenheit zum Kurpfuscher laufen und dem Arzte alles nur Erdenkliche an gehässigen Nachreden usw. zufügen. Zuverlässige Kranke werden es dem Arzte Dank wissen, durch Verbotsinnehaltung verantwortlich entlastet zu werden.

Diese zahlreichen Bedenklichkeiten des affektiven Verbotes lassen seine Verwendung nur mit Vorsicht zu; so weit Zeit des Arztes und Persönlichkeit des Kranken es gestatten, ist das rationelle Verbot zu bevorzugen. Es stellt das Verbot als bedauerliche, aber unvermeidliche Härte der Behandlung dar und sucht dem Kranken durch zureichende Begründung klar zu machen, daß es nur ihm selber zu Diensten gegeben wird. Zweckmäßigkeitsgründe werden das Entscheidende sein, und ihre Erörterung mit kritischen und einsichtigen Kranken für den Arzt eine erneute Nachprüfung darstellen, wie weit das vorliegende Verbot unerläßlich ist. Diese Diskussion schärft die Verbotsindikationen und wird oft auf ratio-

nelle Teilverbote zurückgreifen lassen, wo sonst schematische Ganzverbote üblich sind.

Auch die scheinbar zuverlässigsten und gebildetsten Kranken sind durch gelegentliche „Entlarvungsversuche" zu kontrollieren.

Geben so schon Verordnungen und Verbote bei sinngemäßer Verwendung der rationellen indirekten Psychotherapie wertvollste Hilfsmittel, so stehen dem Arzte noch zahlreiche andere Wege offen, die in vielen Fällen von fundamentaler Bedeutung und einschneidentster Wirkung sind. Sie lassen sich sämtlich dem Allgemeinbegriff ärztlicher Fürsorgetätigkeit unterordnen und beeinflussen die menschliche oder allgemeine Umgebung des Kranken („milieu") oder seine Lebensentscheidungen.

Abhängigkeit oder Unabhängkeit von der menschlichen Umgebung sind ungemein komplexe Reaktionen, die zu Bildsamkeit, Zartgefühl und Diskretion, Geschlossenheit, Beständigkeit und Freimut ebensoviel Beziehungen haben, wie zu Kritiklosigkeit, Wankelmütigkeit und Feigheit, Selbstüberhebung, Gleichgültigkeit und Frechheit. Jedenfalls hat der Arzt in der Möglichkeit, die menschliche Umgebung direkt oder indirekt, z. B. durch Ortswechsel, zu beeinflussen, einen rationell-indirekt-psychotherapeutischen Faktor ersten Ranges zur Verfügung. Sachliche, von genügender persönlicher Erfahrung belebte ärztliche Aufklärung an Angehörige, Lehrer, Vorgesetzte usw. ist von ganz enormer Bedeutung; sie kann bei besonders schwierigen Fällen im eigentlichen Sinne lebensrettend wirken, besonders gegenüber der menschlichen Umgebung Jugendlicher. Zum Beispiel wird nur zu häufig, besonders unter dem Einflusse eines Affektes, in krankhafter Schwäche böser Wille gesehen, ein Irrtum, dessen konsequente Verfolgung gleichbedeutend mit unnützester Quälerei ist.

Hier ist auch der unentbehrlichen Mitarbeit des Pflegepersonals am Kranken zu gedenken; in der sachgemäßen Verwendung des Personals liegt ein indirekt psychotherapeutischer Faktor von größter Bedeutung, der eine rationelle Berücksichtigung nnd Förderung des Personals für den einsichtigen Arzt zu einer wichtigen Frage eigensten Interesses werden läßt. Das Personal muß zu freudiger Mitarbeit angeeifert und dabei streng in seinen Grenzen gehalten werden, so schwer sich diese Aufgaben auch oft vereinigen lassen.

Fürsorgend kann weiter das allgemeine Milieu beeinflußt werden; populärpsychotherapeutisch von besonderer Bedeutung ist es in geeigneten Fällen, den Kranken an irgend eine Tendenz-

gemeinschaft anzugliedern, an die Heilsarmee, die Alkoholabstinenzbewegung, die Bodenreform usw. Hier sind die Möglichkeiten unendliche.

Endlich kann die Lebensstellung ärztlich beeinflußt werden; Berufswahl und Berufswechsel oder auch Aufgabe des Berufes stellen Entscheidungen dar, bei denen gewissenhafte Menschen auch gerne den Arzt hören. Bei der enormen Folgenschwere solcher Entschließungen muß der Arzt immer wieder erinnert werden, die Frage objektiv von allen Seiten zu prüfen und bei der Einschränkung sogenannter „leichter" und „schwerer" Berufe nie allgemeine Gesichtspunkte zu vernachlässigen, namentlich die Entwicklungsmöglichkeiten des Berufes und seinen sozialen Endwert bei der Berufsberatung. Die Möglichkeit, einen körperlich- oder seelisch-nervös Schwächlichen bald unterzubringen und loszuwerden, darf nicht die Kritik dafür vermindern, wie sich dieser Beruf als sozialer Lebenswert nach Jahren darstellt, soll nicht der Teufel der augenblicklichen Arbeitserschwerung durch den Beelzebub der falschen Versorgung ausgetrieben werden. Möglichst eingehende Klärung der Persönlichkeit des zu Beratenden ist unerläßliche Vorbedingung für sachgemäße Beratung, gleichgültig, ob es sich um körperlich oder seelisch-nervös Minderwertige handelt. Selbstverständlich kann im Rahmen dieser allgemeinen Ausführungen nur auf die häufigsten und verhängnisvollsten Fehlerquellen hingewiesen werden! Als normaler Beruf der Frau ist die Mutterschaft und die Familie anzusehen. Ihre Vorbedingung ist im allgemeinen die Ehe. Eheberatungen stellen den populärpsychotherapeutisch denkenden Arzt oft vor sehr schwierige Aufgaben; spezielle Fragen, wie Eheverbot, Kinderfrage, Ansteckung usw., können hier begreiflicherweise nicht angeschnitten werden. Nur ganz allgemein muß vom populärpsychotherapeutischen Standpunkte aus betont werden, daß kaum ein Lebensgebiet so viel Anlaß zu Mißverständnissen und affektiven Fälschungen des Erlebens und Erinnerns gibt, wie die Ehe. Darum soll der Arzt bei allen Beratungen Kranker mit ehelichen Schwierigkeiten vor allen Dingen beide Teile hören und, wenn er das nicht erreichen kann, sich auf keinerlei bestimmten Rat festlegen; eine Selbstverständlichkeit, die leider noch oft, zum Schaden des Arztes, vernachlässigt wird. Namentlich bei den Eheschwierigkeiten nervöser Menschen wird der Arzt meist von einem Partner als Verbündeter gesucht. Es mag dies ein Grund sein, weshalb manche Ärzte von all diesen Dingen „prinzipiell" nichts hören wollen und sich selbst eines ver-

antwortungsvollen und schwierigen, aber oft ungemein dankbaren Arbeitsfeldes berauben. Erinnert sei hier endlich daran, daß die Fürsorge für den kranken Einzelmenschen oder die beiden kranken Einzelmenschen die Weiterführung der Ehe als schädlich ablehnen lassen kann; so mögen sich gerade für den gewissenhaften Populärpsychotherapeuten Konflikte mit sozialen Forderungen ergeben, die genauestes Abwägen des ärztlichen Rates verlangen. Doch führt hier der Weg in die ärztliche Ethik hinüber.

Rationelle indirekte Psychotherapie ist die Hochburg der Populärpsychotherapie in der Allgemeinpraxis und der nicht psychotherapeutischen Spezialpraxis; so hat denn auch die organische Berufsentwicklung des Ärztestandes hierfür Spezialisten, vielfach mit behördlicher Autorisation geschaffen. Die Berufe des „Fürsorge-Arztes" in Schul-, Industrie-, Gewerbebetrieben, im Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenschutze usw. bringen den Existenzbeweis für ihre überragende Bedeutung.

Es erübrigt noch, kurz an einige Punkte äußerlicher Art zu erinnern, die für die Ausgestaltung der Populärpsychotherapie von grundlegender Bedeutung sind und allgemeine Gesichtspunkte populärpsychotherapeutischer Art in sich schließen. Wie stark das Moment — oft unbewußten — Kampfes zwischen Arzt und Patient ist und welch grundlegende Bedeutung es als Abkömmling primitivster Tendenzen hat, ist ausreichend betont; der Verlauf und Ausgang dieses Kampfes wird aber stark von seinem Schauplatz abhängen.

Am schwierigsten liegen die Verhältnisse in der Haus- und Konsultativpraxis, wo der Arzt auf fremdem Boden steht, der dem Kranken alltäglich ist und keinerlei Arbeit des Einpassens auferlegt; zudem hat der Kranke meist zahlreiche Reserven in Gestalt von Angehörigen usw. bei sich oder in der Nähe. In vielen Fällen läßt schon ein Blick auf die anwesende Gemeindeschwester oder in anderem Milieu eine anwesende Wohltätigkeitshyäne mit Interesse für Homöopathie u. dgl. erkennen, daß hier zunächst nur seelenloses Gewerbearbeiten angebracht ist. In anderen Fällen wird der Arzt durch Bewirtung oder sonstige gesellschaftliche Gepflogenheiten in die Rolle eines Vertrauten zu drängen versucht, die mit ärztlicher Autorität unvereinbar ist. Auch Kollegen, die nur auf Drängen der Familie und widerwillig konsultiert haben, können ohne Mühe jede Psychotherapie vereiteln. Hier kommt eine prinzipielle Frage ins Schweben; man könnte gerade

beim Gedanken an solche und zahlreiche ähnliche unerfreuliche Situationen zu der Ansicht kommen, daß es mit der ganzen „Populärpsychotherapie" eigentlich recht einfach bestellt sei. Wo Sympathie und Verständnis vorhanden, seien sie selbst Psychotherapie genug, und wo diese Voraussetzungen fehlten, sei es auch mit Psychotherapie nicht weit her. Dabei könnte man den Satz in Wirklichkeit beinahe umkehren. Denn „Sympathie"-Kuren in irgendeiner Form sind Freundschaftserlebnisse, nicht Psychotherapie! Im vorliegenden Falle aber wird dem exponierten Kollegen eine sachliche populärpsychotherapeutische Einstellung von unschätzbarem Werte sein; sie wird ihn davor schützen, die Situation mit all ihren Unzulänglichkeiten persönlich zu nehmen; er wird nur eine Erschwerung seiner ärztlichen Arbeit erblicken, die ihm in einzelnen leichteren Formen und bei günstigeren Bedingungen schon lange geläufig ist und er wird nur möglichst bald zu klären suchen, ob der Hauptperson, dem Kranken, die Vorbedingungen populärpsychotherapeutischer Behandlung — Bildsamkeit und Einsicht — eigen sind oder nicht. Nur im ersten Falle wird er nach den entwickelten Gesichtspunkten den Kampf aufnehmen und vor allen Dingen anstreben, günstigere Bedingungen zu erhalten.

Solche bietet schon die Sprechstunde. Hier ist der Arzt nur Arzt. Er weiß, wer ihn hört. Er kann bestimmen, wer das Sprechzimmer betritt, kurz, er ist Herr der Situation; muß aber bedenken, daß sein Einfluß zeitlich beschränkt ist und in der überwiegenden Zeit anderen das Feld räumt, auch wenn der Arzt versucht, durch Verlängerung der einzelnen Besprechung oder häufiges Bestellen entgegenzuarbeiten. Da bleibt oft nichts anderes übrig, als den Bann des häuslichen Milieus durch Aufnahme des Kranken in eine Privatklinik, ein Sanatorium oder ein Krankenhaus zu brechen. Hier wird bei entsprechender Organisation der Arzt zum absoluten Herren der Lage, besonders, wenn er versteht, den Einfluß der Kranken untereinander richtig auszunutzen. Sind doch auch an Geisteskranken so ganz außerordentliche Erfolge zu erzielen, wie die sogenannten „Versetzungsbesserungen" Geisteskranker beweisen. So nennt die Psychiatrie tiefgreifende bessernde Umwandlungen Geisteskranker im Anschluß an einen Orts- oder Stationswechsel (Bleuler).

Endlich bedarf die Liquidationsfrage hier kurzer Erwähnung. Sie verlangt entweder rein schematisches Befolgen der Taxe, wodurch sie sozusagen außerärztlich wird; besser wird sie nach individuellen Gesichtspunkten gehandhabt, da sie ein wert-

volles Beeinflussungsmittel der Kranken darstellt. Jedenfalls dürfen Ungleichmäßigkeiten der Liquidation nur überlegterweise geschehen, wenn der Populärpsychotherapie die Basis menschlicher Sicherheit erhalten bleiben soll.

4. Die Hypnotherapie.

Von der Parteien Haß und Gunst verzerrt, schwankt die Beurteilung der Hypnose; für den einseitigen Anhänger stellt sie die Psychotherapie schlechthin dar, für den absoluten Gegner ein des wissenschaftlichen Arztes unwürdiges Theaterspiel. Die sachverständige und vorurteilslose Bewertung der Hypnose kann seit etwa 30 Jahren als abgeschlossen gelten; hiernach ist die Hypnose ein wertvolles Mittel im Rüstzeuge der allgemeinen Psychotherapie, dessen Anwendung bestimmte Indikationen verlangt und dessen Hauptbedeutung historisch ist.

Im wesentlichen läßt sich die Hypnose etwa folgendermaßen umschreiben: es gelingt durch verschiedene Maßnahmen, bei vielen Menschen einen eigenartigen Zustand psychischer Veränderung herzustellen; diese ist charakterisiert durch eine fast unbeschränkte Herrschaft der von außen oder durch den inneren assoziativen Mechanismus eintretenden Vorstellungen, die nach Ablauf des Zustandes vielfach zwanghaft nachwirken. Je nach der Veranlagung des Individuums und der Behandlung in diesem Zustande treten Veränderungen der Psychomotilität, Psychosensensibilität oder der höheren psychischen Funktionen (Wundts „Traumbewußtsein") mehr in den Vordergrund, und nach denselben Faktoren richtet sich der Grad der Erinnerungsmöglichkeit, wenn der Zustand „spontan" oder durch Einwirkung von außen beendet wird.

Dabei ist genügend betont, daß die Artung des Kranken von besonderer Bedeutung ist; für die Psychologie der Hypnotherapie muß vor allen Dingen hervorgehoben werden, daß es in der hypnotischen Beeinflussung vielfach möglich ist, psychologische Inhalte und Vorgänge im Hypnotisierten zu wecken, ohne daß der Kranke sie in Beziehung zu seiner Persönlichkeitsgesamtheit bringt. So verzehrt z. B. eine Versuchsperson in entsprechend tiefer Hypnose eine rohe Kartoffel als Apfel und weiß das Aroma der köstlichen Frucht nicht genug durch oft theatralisch wirkende Gesten und Ausrufe zu preisen. Eine solche unter Ausschaltung der Kritik bewirkte Fälschung des Erlebens bezeichnet man als Suggestion. Aber im Gegensatze zu anderen, stark rationalistisch-doktrinären Darstellern unseres Gegenstandes muß darauf hingewiesen werden,

daß eine Beschränkung des „Suggestions"-Mechanismus auf diese speziellen Erscheinungen in keiner Weise gerechtfertigt ist. Suggestive Beeinflussungen im weiteren Sinne lassen sich viel häufiger nachweisen; auch bei scharfer begrifflicher Umgrenzung der Suggestion, die hier etwa dahin geschehen kann, daß unter Suggestion *das unmittelbare Einbringen oder Anregen psychischer Inhalte oder Vorgänge verstanden wird, bei dem keinerlei kritische, rationale oder affektiv verständliche Mitarbeit der Versuchsperson nachweislich ist*, muß ihr ein fast allgegenwärtiges Wirken zuerkannt werden; die für viele Fragen wertvolle Definition der Suggestion als der „Erzeugung einer psychischen Veränderung oder Wirkung durch Weckung ihrer Erwartung" oder der „Vorstellung ihrer Folgen", mithin als einer gewissen „Einstellung" erscheint demgegenüber zu eng und zu sehr nur nuf das Technische gerichtet; alle Definitionen, die von der „Einführung einer Idee ins Gehirn" reden u. dgl., führen überhaupt nicht weiter. Wichtig ist der Punkt des „unmittelbaren" Einbringens; er schließt vielfach eine Eigenheit der Suggestion in sich, die wieder zu einer Reihe anderer Definitionen geführt hat. Sie betonen, daß bei der Suggestion eine Beeinflussung mit inadäquaten Auslösungen vorliegt; während sonst z. B. Überlegungen oder Erfahrungen zum Urteil führen, wird es hier sozusagen direkt übernommen; während sonst Außenreize zum Empfindungserlebnis führen, wird es hier durch Vorstellungen geweckt usw.

Was läßt sich nun suggerieren? Im allgemeinen darf gesagt werden, daß suggestive Beeinflussung um so wirksamer wird, je komplizierter und „subjektiver" das in Frage stehende seelische Gebilde ist. Urteile, Willens- und Gefühlserlebnisse und Erinnerungsprodukte unterliegen ihr vor allen Dingen; doch gelingt es bei genügend tiefer Hypnose oder genügend geschickt verwandter Allgemeinsuggestion auch Empfindungen, Wahrnehmungen und Vorstellungen zu beeinflussen. Ist diese Beeinflussung ausreichend stark, um z. B. suggestiv die intensive Empfindung von Wärme oder Kälte zu wecken, so *„realisiert"* sich das Erlebnis auch *„körperlich"*. Wir sehen die Haut blaß und kalt werden, eine Gänsehaut entstehen usw. Damit ist sozusagen die Brücke zum Körperlichen geschlagen; wer sich die „übermenschlichen" Leistungen in Affektzuständen oder bei Psychotischen vergegenwärtigt, wer an das Erbrechen bei Ekel, den Stuhl- und Urindrang bei ängstlicher Spannung, die stürmische Herztätigkeit bei seelischer Erregung usw. denkt, wird nicht erstaunen, entsprechende

Effekte auch nach entsprechender Suggestion entstehen zu sehen. Es kann nun auch keine prinzipielle Schwierigkeit dadurch geboten sein, daß gelegentlich entsprechende Veränderungen bis zu lokalem Gewebstode führen; so z. B. wenn bei der intensiven Realisierung der Suggestion, es werde eine glühende Münze auf den Handrücken gelegt, zunächst brennende Rötung, dann Blasen- und Ulkusbildung mit kleiner Narbe auf der Haut eintritt. Derartige Beobachtungen von zuverlässigen Autoren liegen bereits eine Anzahl vor; so von Kohnstaum und Pinner, von mir und Heller in neuerer Zeit. Wer die biologische Einheit des Psychophysischen in sich aufgenommen hat, wird solche Beobachtungen nicht allzusehr bestaunen. Sicher wird man geneigt sein, stets dem Vasomotorenapparat dabei eine wesentliche Rolle zuzuschreiben.

Um den Suggestionsmechanismus in seiner Eigenheit zu erkennen, ist es zweckmäßig, sich einer Reihe häufigster *Nachbarerscheinungen* zu erinnern, die im einzelnen Falle mehr oder weniger „suggestive" Faktoren enthalten können, je nach Art der Umstände und des erlebenden Individuums.

Vor allen Dingen kommt hier die sogenannte psychische Ansteckung in Frage: daß Gähnen, Lachen, rhythmische Gehörseindrücke u. v. a. m. bei vielen Menschen dieselben oder ähnliche Reaktionen auslösen, ist bekannt, und entspricht, wie die Beobachtung am Kinde, am Primitiven, am Tiere, am Betrunkenen und an vielen Geisteskranken zeigt, einem allgemeinen Mechanismus, der in seiner zwingenden, die Persönlichkeit umgehenden Einfachheit große Verwandtschaft mit dem der Suggestion hat. Von der eigentlichen Suggestion trennt ihn namentlich das Fehlen der suggestiven Absicht; die psychische Ansteckung *ist* nicht Suggestion, sondern *ein primitiver Mechanismus, der aber zu suggestiven Zwecken benutzt werden kann.* Bei seinem Objekt kann von einem „Nachahmungstriebe" gesprochen werden, der je nach Veranlagung bald als primitives Erlebnis, bald durchsetzt von Übungs-, Gewöhnungs- und anderen Mechanismen spielt.

Eng an diese primitiven, der Suggestion im eigentlichen Sinne nahestehenden Mechanismen reihen sich in vielen Fällen *ausgesprochen affektive Beeinflussungen;* vom affektiven, begeisternden Mitreißen bis zur Gefühlsknechtung, die bei ihrem Opfer zur Hörigkeit führt, zeigen sich eine Fülle mensch-zu-menschlicher Führungen und Abhängigkeiten, die zu so weitgehenden Urteilsfälschungen und Ablaufstörungen führen, daß der äußere Effekt einem suggestiven Erlebnis gleichen kann. Die Verwandtschaft

beider Erlebensreihen hat schon häufig die Öffentlichkeit beschäftigt, namentlich, wenn unter dem Zwange affektiver, besonders sexueller Hörigkeit schwere Verbrechen verübt werden, die aus dem Charakter des Täters unverständlich waren, ja oft zu seinem Wesen in unauflöslichem Widerspruche standen; die Laienpsychologie sucht sich derartige Zusammenhänge häufig durch rein suggestive oder „hypnotische" Beeinflussung zu deuten, bis sachverständige Begutachtung den wahren Zusammenhang klarstellt. Auch die Psychologie der Massenverbrechen ist von diesem Standpunkte aus vielfach durchsichtiger, als im Lichte des allgemeinen Schlagwortes „Suggestion". Umgekehrt können alle diese Beziehungen wieder das Suggestionserlebnis komplizieren und fälschen, indem z. B. die Versuchsperson „dem Suggestor zuliebe" oder aus Angst Suggestionswirkungen realisiert.

Von anderer Seite erhalten die Suggestionserscheinungen Verstärkung und Verschleierung, indem die meisten Menschen sich darüber unklar sind, wie zahlreiche und komplizierte psychische und psychophysische Leistungen ohne ihr bewußtes Zutun, unterbewußt ablaufen; es sei an den banalen Fall des motorischen Übungserlebnisses erinnert! Wer z. B. Radfahren lernt, erlebt, namentlich wenn er körperlich ungewandt ist, zunächst eine Menge überraschender Neuempfindungen und verwendet seine Innervationen nicht nur anfangs unzweckmäßig, sondern oft sogar direkt widersinnig, indem er z. B. „gegen seinen Willen" gerade auf einen Baum zusteuert. Im Verlaufe der Übung schwinden diese Schwierigkeiten. Der motorische Mechanismus des Radfahrens als Gesamtkoordinationsleistung entwickelt sich und wird ohne spezielle Beobachtung als Einheit benutzt, um dann, namentlich unter dem Einflusse von Affekten und besonderer Aufmerksamkeitslenkung, sich wieder aufzulösen. Ebenso liegt es mit Schreiben, Lesen, Sprechen, Gehen usw. In einer nicht geringen Anzahl von Menschen, besonders vom „motorischen" Typ, liegen nun diese Mechanismen so selbständig in Vorbereitung, daß sie sich unter geeigneten Bedingungen frei auswirken. So hat man nach meinen Beobachtungen bei etwa einem Sechstel beliebig gewählter Versuchspersonen Aussicht, derartiges im Wachzustande zu demonstrieren. Man legt z. B. den Versuchspersonen Schreibpapier unter die Hand, gibt ihnen einen Bleistift und deckt mit einer Zeitung oder dgl. ab. Während nun ein möglichst fesselndes Gespräch in Gang gebracht wird, hat jede Versuchsperson die Aufgabe, sich ganz dem Gespräche zuzuwenden und an die „Schreibhand" gar

nicht zu denken. Vielfach bemerken die Versuchspersonen, daß „die Hand" schreibt, vielfach auch dieses nicht. Nach einer halben Stunde kann man dann feststellen, daß eine Reihe Versuchspersonen „automatisch" geschrieben haben, oder im Populärjargon „Schreibmedien" sind. Der Inhalt des Geschriebenen ist meist den Schreibern fremd; nicht selten enthält er rhythmische und sonstige poetisch-formale Elemente. *Diese „Automatismen" haben an und für sich mit „Suggestion" nichts zu tun;* sie stellen nur ein dankbares *Demonstrationsobjekt* dar und führen zu falscher Beurteilung der Suggestion, wenn ihre Häufigkeit unter völlig normalen Bedingungen nicht berücksichtigt wird.

Die *Ablenkung der Aufmerksamkeit*, die im eben geschilderten Versuche zur Demonstration der Automatismen dient, kann besonders bei starker Fixierung auf einen Punkt gleichfalls zu Erlebnissen führen, die vielen „Suggestiv"erscheinungen nahe stehen; so empfand Billroth in einem Konzerte seine Zahnschmerzen erst, als die Sängerin falsch sang. Auch diese Banalität wird oft fälschlich als „Suggestions"wirkung aufgefaßt.

Endlich sei hier noch an das Erleben im normalen Traum des Nachtschlafes erinnert; hier schaffen örtliche, zeitliche und oft partielle persönliche Desorientierung, halluzinatorische Deutlichkeit des Erlebens, schwerste Willenssperrungen und überwältigende Affekte, besonders ängstlicher Art das Bild einer ausgesprochenen Geistesstörung, die den Erwachenden nur ihrer Alltäglichkeit und ungenauen Reproduzierbarkeit wegen im allgemeinen unberührt läßt. Werden derartige Zustände suggestiv hervorgerufen, so ist der Eindruck für den psychologischen Laien ein ungeheurer, während nüchterne Überlegung die Alltäglichkeit erkennen läßt.

Neben diesen Beeinflussungen und Zuständlichkeiten sind noch eine Reihe von Eigenschaften zu erwähnen, die der Wirkung suggestiver Behandlung günstig sind und den Menschen *„suggestibel"* machen. Suggestibilität kann sich aus den verschiedensten Elementen zusammensetzen; Disziplinertheit, Gehorsam, Hingebung, Gläubigkeit und Lenksamkeit können ebensowohl in einem hohen Maße rationaler Erziehung und Eigenfestigkeit, in affektiver Ansprechbarkeit und Beweglichkeit, als in Passivität, Kritiklosigkeit und Haltlosigkeit begründet sein; dieselbe Phantasiebegabung führt je nach der Gesamtheit der Persönlichkeit zum Künstler oder zum Schwindler, und kann als „Ideoplastizität" oder „Produktivität" ihre Kräfte aus seelischem Reichtum oder hysterischer Wesenlosigkeit ziehen. Jedenfalls ist mit der Feststellung einer „starken Suggestibilität"

nur rein praktisch für die Wahl des Behandlungsweges, nicht aber analytisch für die Beurteilung und das Verständnis der Persönlichkeit etwas gewonnen; es handelt sich im einzelnen Falle stets um ein komplexes Phänomen, so sehr auch der Suggestionsmechanismus als besondere Wirkungsweise aus den übrigen seelischen Beeinflussungsweisen herausgestellt werden kann. Um so unsinniger ist es, wenn Bérillon aus plumpen Suggestionsversuchen einen Schluß auf die Begabung von Schulkindern ziehen wollte.

Alle erwähnten, nicht eigentlich suggestiven Mechanismen können nun zwischen zwei Menschen eine so feste Bindung herstellen, daß eine völlig unmittelbare und kritiklose Hinnahme psychischen Eigentums erfolgt; mit vollem Rechte kann nun in einzelnen, besonders ausgeprägten Fällen von „suggestiver" Beeinflussung auf einer der erwähnten Grundlage gesprochen werden; zweckmäßig wird diese sekundäre Suggestion, die bei den meisten mensch-zu-menschlichen Beziehungen in Mode, Erziehung, Massenpsychologie usw. mit unterläuft und nur verständlich ist durch die eben vorhandenen und sie bedingenden Allgemeinbeziehungen, in prinzipiellen Gegensatz zur reinen primären Suggestion gesetzt; von reiner Suggestion kann nur gesprochen werden, wenn zielbewußt suggestive Beeinflussung vorgenommen, Seelisches unmittelbar eingegeben oder angeregt wird, wie das am handgreiflichsten durch Hypnotherapie geschieht. Rückblickend muß sekundärer und primärer Wachsuggestion noch ein erheblicher Einfluß in der Populärpsychotherapie eingeräumt werden, was bis zu dieser kurzen Erörterung und Abgrenzung der Suggestion verschoben wurde.

Die Klarstellung, besonders der sekundären Suggestion und der Nachbarerscheinungen der Suggestion überhaupt, läßt nun die Hypnose in ihrer Eigenart erkennen; zweifellos wird durch entsprechende Hypnotisierung eine Steigerung der Suggestibilität erreicht. Durch die Etablierung eines möglichst passiven, dabei vielfach einem monotonen Sinneseindruck konzentrativ zugewandten, mit Müdigkeits- und Lösungsgefühlen durchsetzten Zustandes, wie ihn die sachgemäß geleitete Hypnose darstellt, werden ideale Bedingungen für die Aufnahme von Suggestionen geschaffen, um so mehr, als die Annäherung an das Traumbewußtsein ein Erleben von mindestens fast halluzinatorische Deutlichkeit erlaubt. Nun genügt es, der Versuchsperson ein Signal zu geben, ihr z. B. zu sagen, sie fahre in der Eisenbahn, und die

Szene wird in aller Lebhaftigkeit erlebt und oft dargestellt; der Suggestor versichert, daß der erhobene Arm in der Luft stehen bleibe, daß es unmöglich sei, die Augen zu öffnen, oder gibt irgendwelche leicht verständliche motorische Hilfen nach einer solchen Richtung, und der Suggerierte müht sich anscheinend vergeblich, dem unwiderstehlichen Zwange entgegenzuarbeiten. Bei weiterer Vertiefung der Hypnose gelingt es, die Versuchsperson die Augen wieder öffnen, sie umhergehen und sprechen zu lassen, ohne daß sie die vom Suggestor gesetzte Veränderung des Umweltbildes aufgibt: der als „*Somnambulhypnose*" bezeichnete Zustand. Die Versuchsperson benimmt sich wie ein Kind, wie ein Soldat, wie ein Greis; als wenn sie am Meere, in den Alpen oder hoch auf See in einem Segelboot wäre; ein Kissen wird zum Hunde, ein Besen zum Gewehre, kurz ihr Verhalten ist, wie das eines mimisch begabten spielenden Kindes. Wird die Hypnotisierung völlig aufgehoben, so besteht oft schon von selbst, namentlich aber bei entsprechender Suggestion, völlige oder teilweise Erinnerungslosigkeit. Die Versuchsperson „erwacht" von der „Einschläferung". Aber auch ihr Verhalten im anschließenden Wachzustande ist suggestiv beeinflußbar; es kann ihr aufgetragen werden, nach einer bestimmten Zeit einen bestimmten Auftrag auszuführen, ein „posthypnotische Terminsuggestion", die in vielen Fällen erfüllt wird. Allerdings wird die bestimmte Zeit nicht immer innegehalten, wie denn auch eigentliche hypnotische Suggestion sich oft erst nach einem Latenzstadium realisieren, so daß von einer „*Inkubation der Suggestion*" gesprochen werden kann. Die Versuchsperson pflegt solche Handlungen auf Befragen dann anders zu motivieren. Sie habe z. B. die Blumen aus dem Zimmer gebracht, weil ihr der Duft lästig sei u. dgl. mehr; denn sie ist selbst bei entsprechend geleiteter Suggestion ohne Erinnerung dafür, daß sie unter suggestivem Einflusse steht. Anscheinend setzt vielfach bei der Ausführung der posthypnotischen Suggestion in dem folgenden Wachzustande wieder eine hypnotische Veränderung ein. Aber nicht nur solche direkten Befehlssuggestionen realisieren sich; es gelingt oft ein sehr viel feineres und darum noch wirksameres Spiel. So bot O. Vogt einer Versuchsperson vor der Hypnose Obst an, das ihr gut gefiel; hierauf wurde in Hypnose die Suggestion erteilt, die Versuchsperson beiße in der Frucht auf eine Made. Die Szene realisiert sich. Es wurde Erinnerungslosigkeit suggeriert und die Versuchsperson nun geweckt. Nach ablenkendem Gespräche bot man ihr wieder das Obst an. Sie dankte, da sie „nun keinen

Appetit habe", und mit zahlreichen anderen konventionellen Motivierungen. In erneuter Hypnose wurde die spezielle Suggestion aufgehoben, und hiernach verhielt sich die Versuchsperson dem Obste gegenüber wieder, wie vor dem Versuch. *Solche Beobachtungen mahnen zu großer Vorsicht bei der Verwertung der Selbstbeobachtung Hypnosierter in und namentlich nach der Hypnose.* Die Selbstbeobachtungen kritischer Autoren kommen über recht allgemeine Schilderungen nicht hinaus; wo dem durch Fragen und Drängen abgeholfen wird, ist aber notwendig suggestive Beeinflussung der Suggerierten vorhanden. Darum empfiehlt es sich, bei kritischer Darstellung der Hypnotherapie die gesicherten Beobachtungsdaten in den Vordergrund zu stellen und alle zu speziellen theoretischen Erörterungen auf sich beruhen zu lassen. Spiegeln doch die hypnotischen Analysen nur zu deutlich den besonderen Standpunkt des Beobachters, was niemals Wunder nehmen kann, wenn im Auge behalten wird, wie komplex, wandelbar und schwer faßlich psychisches Leben ist.

Durch die mannigfaltige Veranlagung der Versuchspersonen und durch Verschiedenheit der Technik gestalten sich die hypnotischen Erscheinungen sehr wechselnd; es sind daher von vielen Autoren Einteilungen vorgeschlagen. Bernheim benutzte als Haupteinteilungsprinzip die Erinnerungsfähigkeit nach dem Eingriff, ohne zu verkennen, daß sie stark von der technisch-suggestiven Leitung abhängt. Die Hypnose mit erhaltener Erinnerung teilte er in sechs, die ohne Erinnerung in drei Grade:

1. Neigung zum Einschlafen. Schweregefühl in den Extremitäten und im Kopfe, leichte Erschwerung spontaner Bewegungen.

2. Die Augen sind mit intensivem Schwergefühl, bisweilen krampfhaft, geschlossen, und können nicht willkürlich geöffnet werden.

3. „Passive Katalepsie", d. h. die Extremitäten folgen mit gleichmäßig leichter Spannung jeder erteilten Bewegung und behalten die gegebene Stellung bei („Flexibilitas cerea"), doch kann diese Muskelspannung überwunden, die Gliederstellung „spontan" geändert werden.

4. Diese letztere Fähigkeit sistiert, es besteht unüberwindliche Katalepsie.

5. Es treten Sensibilitätsstörungen auf, teils Parästhesien, teils Analgesie, zugleich auf Suggestion Kontrakturen der Extremitäten.

6. Bewegungen und Handlungen werden widerstandslos ausgeführt, „Automatismus", d. h. erteilte Bewegungsimpulse, werden

„mechanisch" fortgeführt („fortgesetzte Bewegungen" Dessoirs). Während bei diesen sechs Graden Rückerinnerung besteht, ist die Versuchsperson amnestisch für die folgenden drei Grade:

7. Lediglich Störung des Wiedererinnerns, Amnesie bei Bestehen von Grad 1—6.

8. Es lassen sich Halluzinationen während der Hypnose hervorrufen, die bei der Versuchsperson die entsprechende Reaktion auslösen.

9. Diese Halluzinationen haben bei dahingehender Suggestion auch nach dem Wecken Bestand (posthypnotische Halluzinationen).

Einfacher und praktisch am zweckmäßigsten ist die Forelsche Einteilung in drei Stufen:

1. Somnolenz, einen suggestiv bedingten Zustand von Schläfrigkeit mit Gliederschwere und Erschwerung, die Augen zu öffnen.

2. Hypotaxie (charme), Ausführung von Suggestionen, Katalepsie, Automatismus, oft Analgesie und Halluzinationen, jedoch ohne Amnesie.

3. Somnambulismus mit denselben Erscheinungen, aber ohne Rückerinnerung beim Wachen, dagegen häufig Gelingen von posthypnotischen Suggestionen, bisweilen Halluzinationen.

Andere Autoren trennen im wesentlichen die oberflächliche und tiefe Hypnose, wobei u. E. zu Unrecht die letztere an und für sich als pathologisches, nur auf hysterischer Basis darstellbares Phänomen bezeichnet wird.

Körperliche, beweisende „Symptome" der Hypnose gibt es nicht; körperlich unterscheidet sich der Hypnotisierte in nichts, auch nicht im Verhalten der Pupillen, deren Weite durchaus wechselnd ist, vom normalen Schläfer. Alle hypnotischen Erscheinungen sind nur psychologisch deutbar, wie das bei ihrer Genese nicht anders zu erwarten ist. Zur Demonstration können motorische Sperrungen, z. B. der auch im Normalschlafe vielfach vorhandene automatische Lidschluß, kataleptische Phänomene, ferner suggerierte Analgesie und die Lösung des Muskeltonus, die „initiale Hypotonie" vieler Fälle benutzt werden. Psychisch fällt zunächst eine gewisse Verlangsamung auf; je nach der weiteren Entwicklung scheidet sich nun eine *aktive* und eine *passive* Form der Hypnose. In der letzten besteht allgemeine Schlaffheit, Neigung zu Tiefschlaf und Schwierigkeit den Rapport mit dem Kranken zu behalten, der dauernd durch entsprechende Suggestionen verstärkt werden muß; die aktive Form kommt bei produktiven Versuchspersonen zur Entwicklung und erlaubt die Darstellung aller bekannten hypnotischen Phänomene, die sich bei

nüchterner Betrachtung in nichts vom Erleben des normalen Schlafes unterscheiden, so überraschend sie für den Laien aussehen. Ist doch auch der Normalschlafende keineswegs ohne Rapport mit der Umgebung, wie die Reaktion schnarchender Schläfer auf Verweis, das Erwachen sorgender Mütter bei veränderter Atmung ihres Kindes und viele andere Beispiele beweisen. Im allgemeinen verläuft die Hypnose so, daß je nach Übung der Suggerierte mehr oder weniger schnell in einen Schlafzustand kommt, der sich verschieden weit vertiefen und zum eigentlichen Traumbewußtsein der tiefen, der Somnambulhypnose überleiten läßt.

Zur Erreichung und sachgemäßen Führung dieses Zustandes bedarf es der Innehaltung bestimmter technischer Gesichtspunkte. Je nach Einsicht des Kranken wird eine möglichst ausführliche psychische Vorbereitung des Kranken unbedingt erforderlich sein; sie hat Vorurteile, Angst und übertriebene Hoffnung abzustellen und insbesondere die Hypnose jedes mystischen Beiwerkes zu entkleiden. Die Hypnose des wissenschaftlich arbeitenden Psychotherapeuten soll genau so nüchtern und sachlich vor sich gehen, wie jeder beliebige andere ärztliche Eingriff; wenn es die Einsicht des Kranken irgend erlaubt, ist er weitgehend über die Grundzüge wissenschaftlicher Auffassung des Hypnotismus zu belehren und über die entsprechenden Alltagsbeobachtungen aufzuklären. Alles Demonstrationsexperimentieren ist absolut verwerflich, namentlich, wenn es mit starken Affektstößen einhergeht. Sachliches, nüchternes Arbeiten gibt keine unzuverlässigen Augenblickstriumphe, aber gesunde Dauererfolge. Die Vorgeschichte des Kranken ist ausführlich auf frühere Dämmer- und Erregungszustände hysterischer Art zu prüfen; sind solche nachweislich, so wird am besten von hypnotischer Behandlung abgesehen oder jedenfalls nur einem technisch durchaus erfahrenen Hypnotherapeuten bei scharfer Indikationsstellung die Berechtigung zugestanden, hypnotherapeutisch zu behandeln.

Die Hypnotisierung selbst soll nie nach einem bestimmten Rezept geschehen, das rein schematisch bei jedem Kranken angewandt wird. Beschränkte und primitive Patienten läßt man zweckmäßig in sitzender Stellung ein paar Sekunden lang einen Punkt fixieren, versichert sie dann nachdrücklich der immer zunehmenden Müdigkeit, leitet sie zu Passivität und muskulärer Erschlaffung an, die man durch Anheben und Fallenlassen eines Armes, der dann „bleischwer" niederfällt, leicht demonstrieren und weiter suggestiv benutzen kann, und vertieft in möglichst raschem

Fortschreiten den Schlaf. Bei robusten Individuen durch Überrumpelungstricks, z. B. brüskes Rückwärtslegen des Kopfes im Sitzen unterstützend, wird man meist schnell zum Ziele kommen. Nun werden die erwünschten Suggestionen kurz, verständlich und präzise kommandiert und der Kranke einem Nachschlafe von einigen Minuten überlassen. Beim Wecken muß jede Suggestion einzeln zurückgenommen und die Erinnerungsfähigkeit bestimmt werden. Das Vernachlässigen dieser technischen Grundregel kann zu unangenehmen Folgen führen, indem nicht aufgehobene Suggestionen übernommen werden; so versuchte ich in einem Demonstrationskurse vor Kollegen bei einem von anderer Seite stark dressierten Medium während der Demonstration Hautveränderungen zu provozieren, was aber nicht eindeutig gelang. Als Suggestion benutzte ich die Vorstellung einer Verbrennung des Handrückens. Zahlreiche Zwischenfragen lenkten mich ab, so daß ich beim Wecken übersah, diese Suggestion zurückzunehmen. Als ich die Versuchsperson am nächsten Demonstrationsabend, 8 Tage später, nach ihrem Befinden fragte, wußte sie nichts Besonderes anzugeben; nur habe sich jeden Morgen beim Erwachen auf dem Handrücken eine kleine, schmerz- und reizlose Blase gefunden, die sie mit einer Nadel geöffnet habe, und die sich im Laufe des Tages ohne besondere Beschwerde zurückbildete. Dem Suggerierten selbst war diese Erscheinung völlig rätselhaft, er meinte etwas Unzuträgliches gegessen zu haben oder dgl. Die Suggestion wurde in der nächsten Sitzung genau zurückgenommen und die Blasenbildung sistierte. Die Bestätigung, daß es sich um ein Suggestionsphänomen handelte, wurde von mir und Heller 1909 durch klinisch beobachtete und kontrollierte erneute Blasenprovozierung erbracht.

Besonderer Wert ist auf sorgfältiges und schonendes *Wecken* zu legen; es geschieht sonst, namentlich bei Durchführung zahlreicher Hypnosen, neben- und nacheinander nur allzuleicht, daß Behandelte noch im hypnotischen Zustande den Arzt verlassen und sich dann plötzlich zu Hause erwachend wieder vorfinden. Besonders bei Personen, die zur passiven Hypnose neigen, z. B. bei Alkoholikern, ist der Arzt dieser Gefahr ausgesetzt. Darum soll bei erheblicher Nachmüdigkeit nach hypnotischen Sitzungen Gelegenheit zu einem $^1/_4$—$^1/_2$stündigen Normalnachschlafe mit Termin- und Zielsuggestion völlig frischen Erwachens gegeben werden. Ganz besonders bei der Hypnotherapie in der Sprechstunde. Ich erinnere mich aus der ersten Zeit meiner hypnotischen Sprechstundentätigkeit an mehrere Fälle, die am nächsten Tage be-

richteten, sie hätten sonst nichts Besonderes anzugeben, aber es beunruhige sie, daß sie absolut nicht wüßten, wie sie gestern nach Hause gekommen seien. Bei sorgfältiger Desuggestionierung kommen derartige Störungen nicht vor.

Anders als bei primitiven Persönlichkeiten ist die Technik bei einsichtigen, kritischen und gebildeten Klienten zu gestalten; hier muß wesentlich individueller gearbeitet werden. Alles Formelhafte und Schematische ist vom Übel. Optische, akustische und taktile Reize müssen wechselnd und kombiniert verwandt werden; sehr gute Dienste leisten die aus der alten Ära des „tierischen Magnetismus" übernommenen mesmerischen Striche oder „passes". Sie werden so angewandt, daß die beiden Hände des Suggestors in gleichförmiger Weise dicht über die Haut des Kranken hingleiten, jedoch im allgemeinen ohne direkte Berührung. Sanfte Stirn- oder Haarmassage tut ebenfalls vorzügliche Dienste; aber in all diesen somatisch-technischen Maßnahmen sind nur Unterstützungsmittel zu sehen, die dem eigentlichen Ziele, der Herstellung eines gelösten, passiven, hingegebenen Zustandes dienen. Die führende Rolle wird stets die suggestive Rede, die „verbale Suggestion" haben; sie gestattet, den Suggestus anschaulich durch sein eigenes Ermüdungs- und Erschlaffungserlebnis zu führen, ihn bald auf die Schwere der Glieder, bald auf das wohltätige Allgemeingefühl, bald auf die ruhige Monotonie der Atmung hinzulenken, und Störungen vorwegzunehmen. Sie erhält den Rapport mit dem Kranken aufrecht, vermeidet synkopales Entgleiten in den als „Lethargus" bekannten und gefürchteten Tiefschlaf ohne Rapport und vermittelt die gewünschten Suggestionen.

Eine vollständige Darstellung der hypnotischen Technik ist hier nicht beabsichtigt; außer in allen größeren Handbüchern des Hypnotismus, wie sie Forel, Moll, Löwenfeld u. a. zu danken sind, findet sich diese Frage ausführlichst vom Verfasser in H. Vogts Handbuch der Therapie der Nervenkrankheiten dargestellt. Hier sollen nur einige prinzipiell wichtige Punkte Erwähnung finden.

Da ist vor allen Dingen noch auf einige technische Erleichterungen für Gebildete hinzuweisen; so hat Levy-Suhl die Erfahrungen der experimentellen Psychologie für die Hypnotisierung benutzt. Bekanntlich erscheinen graue Papierstreifen auf farbiger Unterlage nach einigem Fixieren in der Kontrastfarbe des Untergrundes, ein Phänomen, das als Simultankontrast bezeichnet wird. Psychologisch ununterrichteten Versuchspersonen wird diese Beobachtung als Quasisuggestion in Aussicht gestellt, die sich nun

zum Erstaunen auch realisiert; auch allerlei optische Täuschungen lassen sich so benutzen. Ferner ist für Kranke der erwähnten Art von unschätzbarem Werte das besonders von O. Vogt ausgebaute, „fraktionierte" Verfahren. Hierunter ist zu verstehen, das zunächst mit kurzen Hypnotisierungsversuchen begonnen wird, nach deren jedem der Kranke geweckt, genau über sein Erleben befragt und wachsuggestiv weiter vorbereitet wird. Dadurch erhält der Suggestor wesentliche Anhaltspunkte; er erfährt, ob und welche Teile der Technik besonders wohltätig oder etwas störend empfunden werden; er ist nur so in der Lage, sein Vorgehen der Individualität des Kranken anzupassen und die Hypnose aus einer Überrumpelungs-Suggestionsmethode auf die Höhe moderner gemeinsamer psychotherapeutischer Arbeit mit dem Kranken zu heben. Damit sind vielen zum Teil berechtigten Ausstellungen an der hypnotischen Behandlung die Waffen aus der Hand gewunden. Gewisse äußere Analogien mit der Narkose empfiehlt mit Recht Löwenfeld für Gebildete; so läßt er namentlich ruhig halblaut oder in Gedanken zählen, gelegentlich mit Unterstützung rhythmischer Atmung.

Zweifellos ist der hypnotische Mechanismus, die Versetzung in den passiven und gelösten Zustand mit all seiner Eigenheit stark übungsfähig; das ist für den Psychotherapeuten in doppelter Hinsicht bedeutsam. Er wird bei jeder Wiederholung im allgemeinen auf schnellere und ausgiebigere Entwicklung der Hypnose rechnen dürfen und muß sich hüten, durch allzu mechanische Arbeit namentlich mit Sinnesreizen den Kranken so auf ein Signal zu dressieren, daß er lediglich auf dieses hin in Hypnose fällt. Bei rationeller, überwiegend verbal-suggestiver Arbeit setzt er sich dieser Gefahr nicht aus, namentlich wenn er stets sorgfältig desuggestioniert und „weckt". Zeigen sich beginnende Signalfixierungen, so sind sie durch energische Gegensuggestion sogleich aufzuheben; gegen Hypnose wider Willens und Laienhypnose wird der Kranke am besten durch die Suggestion geschützt, daß er nur durch einen Arzt und mit seiner persönlichen Einwilligung zu hypnotisieren sei. Wenn es jemand unter anderen Bedingungen versuche, werde er ihn einfach auslachen. Eine solche hypnotische „Schutzimpfung" (Liègeois) leistet Vorzügliches.

In manchen Fällen läßt sich die Hypnotisierung durch Kombination mit anderen Maßnahmen erleichtern; larvierte Suggestionen der mannigfaltigsten Art können benutzt werden. Prinzipiell bedeutsam ist nur die Heranziehung narkotischer Mittel und die Be-

nutzung des Normalschlafes. Schon Bernheim deutete das völlige Ruhigwerden vieler Kranken vor Operationen nach ein paar Tropfen Chloroform als Autohypnose, wobei ihm jeder bestimmen wird, der gewohnt ist, Narkotisierte sorgfältig zu beobachten; eine solche „Autohypnose" ist naturgemäß leicht in gewöhnliche Hypnose überführbar und so mit ein wenig Chloroform, Haschisch, Skopolamin und anderen Narkotizis vielfach eine ungemein glatte Hypnotisierung gelungen.

Endlich ist es eine in gewissem Sinne technische Frage, ob Einzel- oder Gruppenhypnosen bevorzugt werden. Im Rahmen der psychischen Vorbereitung ist die Demonstration eines ruhigen hypnotischen Schlafes oft von großem Vorteile; weniger zweckmäßig ist es, einen Neuling bei der Einleitung der Hypnose eines bereits geübten Kranken zusehen zu lassen. Nur allzu leicht erscheint ihm dann die schnelle Herbeiführung des hypnotischen Zustandes unbegreiflich, und er wird unsicher, ob derlei bei ihm überhaupt möglich sei. Darum ist, wenn irgendmöglich, die Einzelhypnose zu bevorzugen und ihre Überwachung persönlich vom Arzte durchzuführen, mindestens bei der ersten Sitzung.

Außer den erwähnten allgemein-technischen Gesichtspunkten, denen noch eine Fülle spezieller anzureihen sind, muß der rationelle Hypnotherapeut sich vor allen Dingen darüber klar sein, daß ganz verschiedene Seiten des hypnotischen Zustandes therapeutisch ausgenutzt werden können. So kann sich der Arzt darauf beschränken, die erhöhte Suggestibilität und Konzentrationsfähigkeit auszunutzen, um bestimmte suggestive Maßnahmen vorzunehmen, um Übungseffekte zu unterstützen usw.; er kann das Erleben der Lösung und Passivität der Beruhigung dienen lassen; er kann die Hypnose in mehr oder weniger ausgedehnte Schlafzustände ohne spezielle Beeinflussung überleiten und damit eine Erholungswirkung anstreben; er kann die künstliche „Einengung des Bewußtseins" der Wiederbelebung früheren Gedächtnisbesitzes dienen lassen und so, in analytischem Arbeiten, häufig Gedächtnismaterial zur Reproduktion bringen, das vordem nur „unterbewußt" vorhanden oder bewußt verheimlicht war; endlich kann er die hypnotische Veränderung lediglich benutzen, um etwelchen Allgemeinmaßnahmen der Psychotherapie mehr Nachdruck zu geben. So zeigt die Hypnotherapie verschiedene Formen: *rein suggestive, beruhigende, erholende, analytische und allgemein psychotherapeutische Hypnotherapie* sind zu trennen und verlangen gesonderte Indikation und Spezial-

technik, selbstverständlich stets unter Voraussetzung der Allgemeintechnik, deren wichtigste Punkte erwähnt werden.

Die *rein suggestive Hypnotherapie* stellt die primitivste Form ärztlich-hypnotischer Tätigkeit dar und ist, wie jede primitive Psychotherapie vorwiegend *symptomatisch* orientiert. Rationellerweise sind darum die „monosymptomatischen" Neurosen und funktionelle lästige Einzelbeschwerden bei organischen Erkrankungen ihre Domäne. Besonders dankbare Objekte stellen psychogene motorische oder koordinatorische Ausfallserscheinungen dar, die der Wachpsychotherapie gegenüber refraktär bleiben, ferner Neuralgien, manche Formen psychischer Idiosynkrasien, leichte Affektstörungen, besonders Schlaf-, Geh- und Sprechangst, pathologische Gewohnheiten, wie Onanie, Nägelkauen, Reiz- und Genußmittelmißbrauch und viele andere psychologisch-primitive neurotische Anomalien. Bei Allgemeinerkrankungen sind besonders die lästigen Nachempfindungen nach lange dauernden Lokalbehandlungen sehr lohnende Aufgaben für die rein suggestive Hypnotherapie; so z. B. die oft sehr quälenden Parästhesien nach Urethral- und Vesikalbehandlung, nach Laparotomien, nach endonasalen Eingriffen u. v. a., die um so besser ansprechen, als sie meist zu einem guten Teile auf psychogen-hypochondrische Einstellung zurückgehen. Gerade in solchen Fällen zeigt sich oft sehr drastisch die Überlegenheit hypnotischer Suggestion gegenüber noch so eingehender rationeller Wachpsychotherapie. Der Kranke, der auf die eingehendste Versicherung, daß seine Organe nun völlig in Ordnung seien, immer wieder mit erneuter Betonung seiner subjektiven Beschwerden reagiert, ist häufig nach einigen hypnotischen Sitzungen mit entsprechender energischer Suggestion „wie umgewandelt" und empfindet das selbst intensiv. Eine wirksame Unterstützung kann die reine Heilsuggestion durch suggestives Ab- und Zulenken der Aufmerksamkeit in leichter Hypnose erfahren, wobei der Kranke wechselnd die Beschwerden verliert und wieder bemerkt; dadurch wird auch der Skeptischste wenigstens davon experimentell überzeugt, daß ein wesentlicher Teil seiner Beschwerden „subjektiv" ist.

Technisch ist bei der Suggestivhypnose die Formulierung der Suggestion, die sogenannte „Redaktion der Suggestion", von eminenter Bedeutung; ebenso, wie für die Herbeiführung des hypnotischen Zustandes, ist auch für die „Realisierung" der erteilten Suggestionen neben der Eigenart des Kranken die Übung von größerem Einfluß. Wer sachgemäß hypnosuggestiv arbeiten will, muß sich als Ziel setzen, den Kranken die Suggestion so intensiv

wie möglich erleben zu lassen. Gewiß können besonders begabte und geübte „Medien“ auf eine kurze Anregung hin die wechselndsten Erlebnisse produzieren; aber auf solches Künstlertum darf der Therapeut nur in Ausnahmefällen rechnen. Er muß daher, wenn er nicht aus früheren Hypnosen eine solche Begabung seiner Kranken voraussetzen darf, langsam, eindringlich und anschaulich suggerieren; farblose Aufforderungen und Versicherungen sind in den seltensten Fällen von Erfolg, da der Kranke damit sozusagen nichts anfangen kann. Die Suggestion muß entweder die Empfindungs- und Gefühlserlebnisse ausführlichst zu wecken suchen oder sich in brüskem Kommando durchzusetzen streben. Ist doch namentlich die enge Verbindung von Empfindungs- und Gefühlserlebnissen mit ihren körperlichen Parallelerscheinungen auf dem Gebiete der Vasomotoren, der glatten Muskulatur usw. Grundlage für zahlreiche hypnosuggestive Leistungen, die der Wachpsychotherapie verschlossen sind; erinnert sei an die Beeinflussung der Menstruation, der Darm- und Herztätigkeit. Das Gelingen solcher Hypnosuggestionen ist in der großen Mehrzahl der Fälle an eine entsprechende Redaktion gebunden. Wird z. B. einer Patientin lediglich mitgeteilt, daß ihre Periode an dem bestimmten Tage des kommenden Monats eintreten werde, so wird der Erfolg oft ausbleiben. Bringt dagegen der Suggestor durch eingehende Suggestion die Patientin zum Erleben des gesamten mit der Periode verbundenen Empfindungskomplexes und stellt sie intensiv mit Terminsuggestion für den bestimmten Tag auf erneutes Eintreten dieser Erlebnisse ein, so werden ihm überraschend häufig Beeinflussungen gelingen. Das *Gesamterlebnis* als Kern des Suggestionsvorganges ist von ganz überragender Bedeutung und läßt selbst die auf den ersten Blick befremdendsten Wirkungen unschwer verstehen.

Allerdings ist zur richtigen Beurteilung der hypnosuggestiven Machtbereiches mehr Kritik erforderlich, als vielfach in den Arbeitsgewohnheiten und literarischen Produkten vieler einseitiger Anhänger der Hypnose selbst unter den Kollegen zu finden ist; von dem Schwarme mystisch und oft sozial gleich dunkeler „Magnetopathen“, „Suggestiv-Heilpädagogen“ u. dgl. zu schweigen. Für die Annahme einer Suggestivwirkung ist absolutes Erfordernis, daß jede andere Beeinflussung ausgeschlossen ist; namentlich liegen sehr heikle Probleme in mehr oder weniger „unterbewußter Simulation des „Mediums“, die um so schwieriger auszuschalten sind, als eine genaue Kontrolle des Kranken oder der Versuchsperson

namentlich von sensibelen Persönlichkeiten für Mißtrauen genommen wird und die restlose Hingabe an Suggestor und Suggestion stören kann. Genügt es doch bei völlig indifferenten Suggestionen durch Erschütterung des Vertrauens die Sicherheit des Erlebens so zu schwächen, daß die Suggestionswirkung nicht zustande kommt. Darum sind Suggestionsversuche, bei denen nach immer zunehmender Verschärfung der Kontrollmaßnahmen positive Suggestionsresultate immer seltener werden, sehr schwierig zu deuten; der kritische, aber unvoreingenommene Suggestionstherapeut wird nie aus *einem* solchen Versuche schließen wollen, daß durch den einmaligen negativen Ausgang eine sichere Beurteilung vorher positiver Suggestionsversuche abgeleitet werden könne; etwa, als seien frühere suggestiv angeregte Hautveränderungen artifiziell, weil ihre Ausbildung schließlich unter seinem Gipsverbande ausblieb. Auch bei solchen Suggestionsversuchen muß bedacht werden, das die Versuchsperson meist aus kleinen mimischen Hilfen, aus Tonfall, Gesichtsausdruck, Haltung des Experimentators sehr schnell herausfühlt, welches Resultat er wünscht, und nun ihr Verhalten der geforderten Theorie anpassen wird. Dieselbe Fehlerquelle ist in noch verhängnisvollerer Weise für enragierte und methodisch anspruchslose Hypnotherapeuten offen: zweifellos beruhen eine große Anzahl hypnotisch suggestiver „Wunder" auf gefälliger Nachhilfe der „Medien"; dabei braucht es sich durchaus nicht um bewußte Simulation zu handeln, mindestens kann es unmöglich sein, ihre Mitwirkung nachzuweisen. Der hypnotisch-suggestive Experimentator muß jedenfalls alle diese Fehlerquellen beachten und ohne Versuchsstörung ausschließen, wenn seine Beobachtungen ernstere Ansprüche erheben. Denselben Gefahren ist selbstverständlich der hypnotisch-suggestive Therapeut ausgesetzt. Da gerade komplizierte, höhere Funktionen besonders dankbare Angriffspunkte für ihn sind, bewegt er sich, namentlich in der Sprechstundenpraxis, auf recht unsicherem Boden. Ein deprimierter Neurastheniker z. B. sieht bei der ersten Konsultation alles seiner Gefühlslage entsprechend an; er „schläft überhaupt nicht" und „wacht alle 5 Minuten auf", er „kann überhaupt nicht mehr denken", hat „immer unerträgliche Kopfschmerzen" usw.; beschränkt sich der hypnotisch-suggestive Therapeut auf eine kurze Unterhaltung und Erteilung einiger Hypnosuggestionen, so darf er jedenfalls nie seiner Behandlung zuschreiben, wenn nach einigen Tagen der Kranke „umschlägt", nun alles in rosigem Lichte sieht, ein „ganz anderer Mensch" ist usw. Um so weniger, als die Ab-

grenzung allgemein psychopathischer Zustände von leichten Formen des manisch-depressiven Irresium ungemein schwierig sein kann! Oder ein hypno-suggestiver Therapeut behandelt ein junges Mädchen allgemeiner Angstzustände wegen mit Hypnosen, die nach einiger Zeit einen glänzenden Erfolg haben, weil bei der Kranken die mit Sorgen erwartete Periode eingetreten ist. Von derartigen groben Entgleisungen schützt nur eine ausreichende psychopathologische Klärung jedes Kranken; in ihr ist die unerläßliche Vorbedingung für jede, auch die primitivste suggestive Hypnotherapie gegeben, und ihre Vernachlässigung heißt die Grenze zur Suggestiv-kurpfuscherei verwischen.

Wesentlich rationeller, als die massive suggestiv-hypnotherapeutische Behandlung, stellen sich die *beruhigende* und *erholende* Hypnotherapie dar; sie sind als eigentliche „Heilschlaf"methoden in vieler Beziehung verwandt, namentlich auch prinzipiell, indem bei den beiden Formen der Hypnotherapie der *hypnotische Zustand an und für sich als Heilfaktor* dient, dessen Einfluß nur durch gleichsinnige sachliche Suggestionshilfen unterstützt wird. Es wurde genügend hervorgehoben, daß in einem passiven Zustande allgemeiner Lösung ein wesentlichstes Charakteristikum der Hypnose gesehen werden darf; ebenso wurde die Verwandtschaft mit dem Normalschlafe hervorgehoben. Beruhigende und erholende Effekte kann der Hypnotherapeut dementsprechend bei den verschiedensten Zuständen erzielen.

Zunächst und besonders bei *Schlafstörungen*, indem der Kranke wieder schlafen lernt. Die Psychologie der Schlafstörungen ist ungemein kompliziert, steht aber in so enger reziproker Beziehung zur Hypnose, daß die wichtigsten Gesichtspunkte kurz zu erinnern sind. Zunächst das Erlebnis des normalen Einschlafens; es darf etwa, wie folgt, meiner erwähnten Darstellung der Hypnotherapie entnommen werden: Die Kette der erregenden Sinneseindrücke und Gedanken wird tunlichst unterbrochen, Körperbewegungen, die ihrerseits wieder Empfindungen auslösen, werden abgestellt, ja durch eine möglichst ausgiebige Erschlaffung auch der Entwicklung von Spannungs- und ähnlichen Empfindungen vorgebeugt; in den Vorstellungen tritt eine andere, als die logische Ordnung hervor; Einfälle, Bilder, Klänge, Worte bisweilen von halluzinatorischer Deutlichkeit („hypnagoge Halluzinationen") treten auf und endlich mit dem Gefühle einer gewissen Lösung eine subjektive Leere: der Schlaf. Beim Erwachen stehen vielen Personen fragmentarische Erinnerungen an bildhaft erlebte Szenen (Träume) zur Verfügung,

aber für den größeren Teil der Zeit besteht Amnesie. Daraus ergibt sich, daß normales Einschlafen ein akthaftes Geschehen, eine Leistung mindestens fester Einstellung ist, deren Eigenheit in bewußter Lösung aller Spannungen liegt; darum sind von psychologischen Momenten vor allen Dingen spannende zu fürchten, und die Mehrzahl „nervöser" Insomnien hat in ihnen ihre Wurzel, so daß von der beinahe physiologischen Insomnie in menschlichen Ausnahmezuständen eine lückenlose Reihe hinüber führt zu leichten, oft mehr oder weniger periodischen Insomnien, deren intrapsychische Motivierung, je mehr sie sich den eigentlich pathologischen Zuständen nähern, immer unzulänglicher wird. Es hieße die gesamte Psychopathologie vom Standpunkte der Schlafstörungen angreifen, würde versucht, hier mehr Einzelheiten zu geben, und nicht minder, als stets drohende Fehlerquelle, die gesamte allgemeine Klinik! In bewußtem Verzichte hierauf und in Beschränkung auf das rein Psychologische muß namentlich die Rolle des Affekt- und Trieblebens hier betont werden, das in besonderer Weise zur Entstehung von Spannungen disponiert. Damit ist zugleich das konstitutionelle und individuelle Moment gekennzeichnet. Aber nicht nur als primäre Spannungsquelle ist das Affektleben hier bedeutsam, sondern auch als reaktionsbestimmender Faktor. Vielfach haben aus beliebigen, vielleicht somatischen Ursachen Schlafstörungen bestanden, die an und für sich und in ihren Folgen dem Kranken sehr eindrucksvoll waren, wenn ihn affektive Regsamkeit dazu disponiert. Und nun läßt die ängstliche Erwartung wiederholter Störungen die Lösungsruhe nicht zustande kommen. Solche, ungemein häufigen Fälle sind ideale Aufgaben für eine rationelle beruhigende und erholende Hypnotherapie; es ist immer wieder überraschend zu sehen, an wie einfachen Ungeschicklichkeiten die Schlaflösung scheitert, namentlich auch bei geistig hochstehenden und sich anscheinend sonst gut beobachtenden Kranken, bei denen entsprechende Wachpsychotherapie keinen Erfolg hat. Gerade hier ist ein fraktioniertes Arbeiten mit genauer Selbstschilderung des Kranken unerläßlich, um seine Fehler zu erkennen und zu beseitigen. Nicht zu unterschätzen ist für die beruhigende und erholende Hypnotherapie der Umstand, das suggestiv Vorstellungsinhalt und Stimmungslage in der Hypnose bestimmbar ist; plethysmographische Beobachtungen von Berger, Weber u. a. haben aber dargetan, daß lösende Lusterlebnisse und Schlafzustand vasomotorisch eng verwandt sind, und bestätigen die Erfahrung sachgemäßer Hypnotherapie, daß unter adäquaten Bedingungen kein

besseres Schlafmittel existiert, als euphorisierende Ruhesuggestionen. *Ihr mächtiger Einfluß auf Kreislauf, Atmung, Muskeltonus läßt es dringend wünschenswert erscheinen, namentlich auch jeden Arzt suggestiv-technisch zu bilden, der Narkosen zu leiten hat;* zum normalen Tiefschlafe führt ebenso, wie zum chemischen Kunstschlafe kein besserer Weg, als sachgemäße Ruhesuggestion. Endlich kann suggestive Ruhe- und Einschlafübung auch noch anderen psychologischen Schlafschädigungen entgegenarbeiten, besonders der Gewöhnung. Selbstverständlich können alle die psychogenen Schlafschwierigkeiten auch die Hypnotisierung erschweren oder aufheben; Sache der psychotherapeutischen Vorbereitung ist es, hier vorzubeugen, Aufgabe eingehender und rationeller hypnotischer Beobachtung, den im einzelnen Falle vorliegenden Mechanismus der Störung zu erkennen.

Die Hypnotherapie als Erholungs- und Beruhigungsbehandlung hat ein sehr weites Betätigungsfeld; wie die reine Suggestivhypnose namentlich psychogen-fixierte Schmerzbilder von Neuralgien, isolierte funktionelle Motilitätserscheinungen u. dgl. erfolgreich angreift, so stellen hier psychogen-fixierte, allgemein dysphorische Zustände verschiedenster Art — in Rekonvaleszenzen, bei chronischen Erkrankungen, nach besonderen psychischen Verausgabungen — die Bonhoeffers emotionell-hyperästhetischen Schwächezuständen nahestehen, oft ein überaus dankbares Objekt dar; beherrschen die Kranken selbst ihre Schlaflösung wieder so weit, daß sie für kurze Zeit einschlafen und frisch wieder erwachen können, so kann nach Erreichung des Erholungszieles ein prophylaktischer, kurzer Beruhigungsschlaf, entweder regelmäßig oder an kritischen Tagen absolviert, für die Erhaltung der Leistungsfähigkeit und der subjektiven Frische ganz Erstaunliches leisten. Stets ist das Ziel der Hypnotherapie den Kranken zu selbständiger Beherrschung dieser Funktion heranzubilden; darum sind bei nur einigermaßen ausreichendem Persönlichkeitsbesitze alle suggestiven Scheinhilfen verwerflich. Nur bei ganz minderwertigen Kranken wird sich der wissenschaftliche Hypnotherapeut dazu entschließen, die Segnungen der rationellen Erholungs- und Beruhigungshypnotherapie auf dem Umwege über irgendeine Symbolhilfe wirken zu lassen, indem das Einschlafen an irgendeine Verordnung oder Maßnahme inadäquater Art gebunden wird. Endlich muß der Psychotherapeut den Kranken soweit charakterologisch übersehen, daß nicht die Wohltat der Selbsteinschläferung zur Lebensflucht mißbraucht wird. Hierzu sind besonders viele versteckte Depressive geneigt, die aus

affektiver Ablehnung den Tag nicht beginnen mögen und sich ins Unsein zurückziehen; bei starker „Morgenmüdigkeit" essentieller und psychogen Deprimierter ist daher eine gewisse Zurückhaltung mit Einschlafübungen angezeigt und oft rationell direkte oder indirekte Wachpsychotherapie besser am Platze.

An ganz andere Seiten des hypnotischen Zustandes appelliert die ***analytische*** Hypnotherapie; die wissenschaftliche Streitfrage, ob es berechtigt ist, echte seelische Mehrleistungen in der Hypnose anzunehmen, kann hier beruhen. Zweifellos erlaubt die Eigenheit der Hypnose so intensive Bestimmung der seelischen Leistung, daß lediglich durch diese einseitige Einstellung, die „Einengung des Bewußtseins", besondere Leistungsbedingungen geschaffen sind, ohne daß darum die primären Funktionen verändert zu sein brauchten; die Erkenntnis der komplexen Natur, selbst des anscheinend einfachsten seelischen Geschehens läßt leicht verstehen, wie unendlich schwierig hier die Entscheidung ist, ganz besonders bei dem überragenden Einfluß suggestiver Faktoren, und wie wenig diese theoretisch grundlegenden Fragen für die praktische Arbeit bedeuten. Denn darüber herrscht bei allen unvoreingenommenen Sachverständigen kein Zweifel, daß in Hypnose psychotherapeutisches Arbeiten in vieler Beziehung erleichtert ist; für die hier interessierende Frage der Analyse ist namentlich das völlig hemmungslose Abrollen assoziativer Verläufe von großer Bedeutung. Bei genügender Beherrschung der hypnotischen Technik gelingt es, einen Zustand leichter Hypnose herzustellen, in dem Orientierung und Erinnerung erhalten bleiben, das assoziative Spiel aber ohne Hemmung abläuft, so daß der Kranke gleichsam selbst erstaunt dem Spiele seiner „Vorstellungen" zusieht. Diese Methode, deren Ausbildung von verschiedenen Autoren unabhängig geschah, ergibt bei kritischen und psychisch gut vorbereiteten Kranken oft ausgezeichnete Resultate, deren nähere Erörterung dem nächsten Kapitel vorbehalten ist; man kann praktisch durchaus den Satz aufrecht erhalten, daß in Hypnose Gedächtnismaterial zur Verfügung steht, welches im Wachzustande nicht oder jedenfalls nie so schnell darstellbar wäre. Die große Rolle solchen Materials in der Psychologie vieler Neurosen kann aber nicht genug betont werden; in der analytischen Hypnotherapie liegt bei kritischer Verwendung mindestens ein Weg zur Vertiefung des psychologischen Verständnisses, der zu oft unterschätzt und vernachlässigt wird, ganz gleichgültig, ob man wissenschaftlich die Theorie von der „hypnotischen Hypermnesie" anerkennt, wie diese Seite der hypnotischen

Erscheinungen meist kurz bezeichnet wird. In der praktischen Arbeit mischen sich in die im allgemeinen als Steigerungen des Gedächtnisses gedeuteten Leistungen unauflöslich andere Mechanismen, besonders Niederlegungen von Mitteilungshemmungen, also voluntäre und affektive Einflüsse; darum bedingt die analytische Hypnotherapie besonders sorgfältige psychische Vorbereitung. Wer in schnellem hypnotischen Vordringen analytisch Material erobert, kann damit eine dauernde Sperrung gegen das Hypnotisieren setzen. Als warnendes Beispiel diene der folgende Fall. Eine 27jährige Beamtenfrau wurde wegen stark psychogen vorgetragenen Schwangerschaftserbrechens hypnotisiert und produzierte gleich in der ersten Sitzung allerlei interessantes Material. Ihr Vater sei an Magenkrebs gestorben und habe viel erbrochen; ein kleines Schwesterchen habe, als sie noch Kind gewesen sei, eine Halserkrankung gehabt und die damals 13jährige Kranke dauernd im Schlafe gestört. Schließlich habe sie ihm Urin zu trinken gegeben; nach einigen Tagen sei das Kind gestorben. Sie habe damals wochenlang Erbrechen gehabt und sich als Mörderin gefühlt. Alle diese Szenen erlebte die Kranke in lebhaftester Weise mit Affektäußerungen „ich sehe die Marie liegen“ usw.; sie erhielt gegen das Erbrechen gerichtete Suggestionen, die auch von Erfolg waren. Als aber der behandelnde Kollege am nächsten Tage seinen Besuch wiederholte, produzierte die Patientin einen ängstlichen Erregungszustand; wehrte ab, jammerte, versteckte sich und schrie gellend „nicht hypnotisieren, nicht hypnotisieren“, so daß dem Kollegen nichts anderes übrig blieb, als das Feld zu räumen und einen Vertreter zu senden. Die Hyperemesis blieb übrigens trotzdem verschwunden. Sachgemäße psychotherapeutische Vorbereitung hätte diese unliebsamen, das ganze Haus alarmierenden Szenen vermeiden lassen; sie ist bei der analytischen Hypnotherapie um so notwendiger, als in der Furcht vor Selbstverrat schon völlig bewußter Intimitäten eine wesentliche Wurzel der nicht seltenen Hypnosen- und Narkosenangst liegt.

Gleich der analytischen Hypnotherapie wendet sich die allgemein psychotherapeutische Hypnotherapie meist besonders an bestimmte Seiten des hypnotischen Zustandes; sie benutzt dabei selbstverständlich stets den Zustand als Ganzes. Nur der Übersichtlichkeit wegen sei an ihre Hauptleistungen von bestimmten einseitigen Gesichtspunkten aus erinnert! Die eminente subjektive Lebhaftigkeit des Empfindungs-, Gefühls- und Vorstellungserlebens und die Möglichkeit, den Hypnotisierten längere

Zeit auf ein solches Erleben einzustellen oder es auszuschalten, lassen sehr vielseitige therapeutische Anwendung zu, um so mehr, als die Fixierung durch posthypnotische Suggestion noch in den folgenden Wachzustand übernommen wird, bei entsprechender Leitung, ohne daß der Suggestus sich daran erinnert und als geschlossene Persönlichkeit Stellung dazu nimmt. So kann z. B. in geeigneten Fällen durch hypnotische Suggestion an den Geschmack bestimmter Genußmittel eine intensive Mißempfindung geknüpft werden, so daß Übelkeit und Erbrechen auftritt oder der Genuß schon im Beginn durch suggerierten Ekel unterbrochen wird. Mangelhaft beachtete physiologische Spannungsempfindung der Harnblase können suggestiv so verstärkt werden, daß die sensibele Form der Enuresis nocturna beseitigt wird; bei organischen inkompleten Sensibilitätsstörungen ist durch denselben, meist mit erhöhter Aufmerksamkeitsleistung arbeitenden hypnotischen Mechanismus oft eine überraschend schnelle und weitgehende Förderung rationeller Übungsleistungen zu erzielen; zweckmäßig wird bei all diesen Fällen in Hypnose ersten bis zweiten Grades geübt, äußerste Anspannung der Leistung angestrebt, und dann dieselbe Übung unmittelbar anschließend im Wachzustande wiederholt. Die Spannungslösung, die Hemmungsverminderung und die weitgehende affektive Beeinflußbarkeit lassen ferner hypnotische Übungsbehandlung bei vielen allgemeinen Koordinationsneurosen, bei Sprech-, Schreib- und Gehstörungen und entsprechenden, ähnlichen besonderen Zuständen überraschend Gutes leisten. Bei all diesen Zuständen ist für den Kranken schon die Erfahrung von größter Bedeutung, daß rein seelische Beeinflussung genügt, um die lästigen Beschwerden abzustellen oder zu vermindern. Während der primitiven, rein suggestiven Hypnotherapie oft nicht ganz mit Unrecht der Vorwurf gemacht wird, der Selbständigkeit des Kranken gefährlich zu sein, stellt die allgemeine psychotherapeutische Hypnotherapie gerade einen idealen Weg dar, um den Kranken zur Selbstsicherheit seinen neurotischen Symptomen gegenüber zu führen. Nicht einem fremden Willen wird der Behandelte unterworfen, sondern die rationelle Hypnotherapie hilft ihm, seine eigenen Willenserlebnisse aus der Herrschaft psychogener Widerstände und Sperrungen zu lösen und frei durchzuführen. Je nach dem Ergebnis der Individualanalyse wird die Beseitigung störender Empfindungs-, Gefühls- oder Vorstellungselemente mehr in den Vordergrund zu stellen sein, oder eine direkte Belebung unzureichender voluntärer Momente. Vorstellungs- und Denkstörungen, besonders leichtere Fälle von Zwangs-

erleben, von pathologischer Zerstreutheit und psychogener, im Berufe oft sehr hinderlicher Denkhemmung stellen der rationellen Hypnotherapie wieder andere Aufgaben, deren Lösung teils suggestiv, teils übungs- und kommandomäßig anzustreben ist, oft mit Heranziehung analytischer Hypnotherapie als wirksamer Unterstützung. Hier führt nur sehr vielseitiges Arbeiten zu erfreulichen Resultaten. Mindestens im Sinne einer wesentlichen Abkürzung der Behandlung kommt rationeller Hypnotherapie ferner eine bedeutsame Rolle bei der Behandlung von Bewußtseinsstörungen zu, namentlich zur Hebung von Amnesien und zur Darstellung sogenannter Persönlichkeitsspaltungen.

Als ebenbürtiger Zweig der universellen rationellen Psychotherapie wird selbstverständlich die rationelle Hypnotherapie niemals die Frage nach der Gesamtpersönlichkeit des Kranken und ihrer Beeinflussung außer acht lassen; unterstützt von der erhöhten Lenksamkeit im hypnotischen Zustande wird sie nachdrückliche Beeinflussungen der gesamten Persönlichkeit des Kranken anstreben und den suggestiv gebahnten Neuerwerb durch möglichst intensive Verknüpfung mit höheren affektiven und voluntären Faktoren so lebensfähig und dauerhaft wie möglich zu gestalten suchen; sie wird an das Ehrgefühl, die Eigenliebe, die Einsicht des Kranken appellieren und nicht versäumen, z. B. den Genußmittelsüchtigen so vielseitig und eindrucksvoll wie möglich als ganzen Menschen zu fassen. Um diesen hohen Anforderungen gerecht zu werden, ist der rationelle Hypnotherapeut unabweislich auf eine genaue psychopathologische Analyse jedes seiner Kranken angewiesen, so sehr auch im praktischen Arbeiten Intuition, Einfühlung und populär-psychologisches Gesamterfassen die Führung übernehmen müssen.

Als besonderer Zweig der allgemeinen psychotherapeutischen Hypnotherapie ist die *diagnostische* Verwendung der Hypnose anzusehen. Sie kann entweder bestehende Erscheinungen ***beseitigen*** oder auch früher vorhandene ***provozieren***. Von besonderer Bedeutung ist das letzte Verfahren für die klinisch unklaren Krampferkrankungen; gelingt es, epilepsieverdächtige Erscheinungen in Hypnose zu provozieren, so ist ihr funktioneller Charakter erwiesen, obwohl dabei selbstverständlich Mischzustände als Fehlerquelle in Frage kommen. Bleibt energische Provokation in tiefer Hypnose erfolglos, so erhält der Verdacht auf echt epileptische oder organische Störungen eine wesentliche Stütze. Handelt es sich um Jugendliche, so beeinflußt der Ausfall des *Provokations*-Versuchs die Pro-

gnose entsprechend. Weniger beweist die vorübergehende *Beseitigung* unklarer Beschwerden; da Neurosen mit Vorliebe organisch eingeschliffene Bahnen benutzen, gelingt es hypnosuggestiv nicht selten, funktionelle Auslösungen organischer Störungen aufzuheben. Echte Angina pectoris, echte Migräne u. v. a. m. sind daher in weitem Maße suggestiv beeinflußbar. Nur oberflächliche Voreingenommenheit kann sich diesen Tatsachen verschließen, nur leichtgläubiger Enthusiasmus deswegen den Machtbereich hypnotischer Suggestion zu weit in das eigentlich und rein Somatische tragen lassen. Als Beispiele diagnostischer Hypnotherapie mögen hier zwei eigene Fälle von „pavor nocturnus" folgen, die der erwähnten eingehenden technischen Darstellung entnommen sind:

E. Qu., 10jährig, mit spezifischer Belastung (eine Tante, ein Großonkel sind Epileptiker) wird mir im Juni 1908 von seiner Mutter vorgestellt. Sie gibt an, daß das Kind seit einem Jahre sich fast in jeder Nacht erhebt, die Arme bewegt, einige unverständliche Laute von sich gibt und dann wieder weiter schläft. Während dieses Zustandes reagiert es auf Anrufe nicht, es schläft nachher tief, kann dann geweckt werden und weiß von dem „Anfalle" nichts, auch nichts von etwaigen Träumen. Am Tage sind ähnliche Erscheinungen nie beobachtet.

Die Untersuchung ergibt einen seinem Alter entsprechenden, gut genährten Jungen; die inneren Organe und der Blutfarbstoff sind normal, am Nervensystem sind krankhafte Erscheinungen nicht nachweisbar. Es bestehen unwesentliche Degenerationserscheinungen, die Intelligenz ist entsprechend, Abweichungen des Charakters sind nicht nachweisbar, dahingehendes wird nicht berichtet. Genitalien normal, im Stuhle keine Würmer, keine Eosinophilie des Blutes, Nasenrachen normal (spezialistisch untersucht).

Mit Einverständnis der sehr verständigen Mutter wird der Knabe in ihrer Anwesenheit hypnotisiert, da es durch Wachsuggestion nicht gelang, einen derartigen Zustand zu provozieren. Er kommt rasch in Somnambulismus; trotz Suggestion verschiedenster Form ist keinerlei „Anfall" hervorzurufen, auch keine Erinnerung an etwa damit zusammenhängende Schreckträume. Sonst werden Suggestionen realisiert, es besteht beim Wecken völlige Amnesie. Ich stelle daraufhin die Diagnose Epilepsie, ohne der Mutter davon Mitteilung zu machen, und empfehle weitere Beobachtung und vorwiegend vegetarische Diät und Hydrotherapie.

Im August 1910 wird mir der Junge wieder vorgestellt; er hat selten auftretende, typische große epileptische Anfälle; einige

Male sind auch Absenzen beobachtet. Ich lasse ihn täglich in die Sprechstunde kommen und beobachtete selbst einen Anfall mit tonischer Starre, Zungenbiß und Pupillenstarre, nachfolgend Babinskisches Phänomen. Der jetzt 13jährige Junge ist in seinen Schulleistungen unverändert, der Mutter fällt zeitweise seine große Reizbarkeit auf. Die nächtlichen Zustände sind dauernd geblieben und jetzt nach der Schilderung der Mutter von „Zuckungen" begleitet, er näßt öfter dabei ein. Brom brachte Verminderung der Anfälle.

Als Parallelfall diene der folgende: Marie B., 13jährig, wird mir mit ähnlichen Klagen, wie der vorige Patient, zugeführt. Sie steht seit einem halben Jahr jede Nacht im Bett auf, „zuckt" mit den Armen, wie die Mutter sagt, spricht unverständliche Worte und schläft dann weiter. Am nächsten Tage besteht Amnesie, über Träume nichts zu erfahren. Von sonstigen Angaben ist bemerkenswert, daß der Vater Trinker war und in einer Irrenanstalt starb. Von „Krämpfen" ist in der Familie nichts bekannt, die Mutter eine konsumierte Proletarierin, die als „tuberkuloseverdächtig" und „blutarm" vielfach in kassenärztlicher Behandlung war. Sie war zu einer Untersuchung nicht zu bewegen.

Die kleine Patientin ist ein wenig unterernährt, zeigt aber sonst normale Organe, keine Zeichen einer nervösen Erkrankung, keine Stigmata. Eine leichte Mastkur und Schuldispens lassen ihr Allgemeinbefinden bald sehr erheblich sich bessern. Die weitere Beobachtung ergab keinen Anhaltspunkt. Da auf Hydrotherapie, elektrische Behandlung und larvierte Suggestion die nächtlichen Zufälle nicht zurückgehen, auch Provozierung im Wachzustande nicht gelingt, wird in Anwesenheit der Mutter eine Hypnose bei der kleinen Patientin eingeleitet mit der prähypnotischen Suggestion, sie werde sich nun der Zufälle erinnern und einen solchen bekommen. Sie schläft leicht ein und bleibt gut in Rapport. Ich suggeriere Träume und plötzlich gibt sie unter eigentümlich stoßenden Armbewegungen einige Worte von sich, von denen ich zuerst nur „Nein, — nein . . ." verstehe. Nach wenigen Augenblicken wieder ruhiger Schlaf. Wie die Mutter angibt, sind es genau dieselben Bewegungen, die sie auch im Schlafe ausführt. Auf die Suggestion hin, sie werde nun dasselbe ganz ohne Angst und Unruhe, ganz ruhig wieder erleben, reproduziert sie ein Attentat, das ihr Vater vor etwa drei Vierteljahren an ihr vorgenommen hatte, als sie bereits, nach Ansicht der Mutter schlafend, im Bette lag. Ich beruhige sie, so gut es geht, sage, daß ihr Vater damals krank war

(sie wußte, daß er im Irrenhaus starb), daß sie nun nie mehr im Schlafe erschrecken brauche und daß sie sich jetzt immer Mühe geben würde, ganz ruhig und artig zu schlafen usw. In einer $2\,^1/_2$jährigen Beobachtung konnte ich mich überzeugen, daß weitere Schlafstörungen nicht mehr auftraten; die kleine Patientin bietet jetzt bis auf die Zeichen psychopathischer Konstitution nichts Besonderes mehr.

Jede Form rationeller Hypnotherapie fordert klare Indikationsstellung, denn die Hypnose stellt einen Eingriff dar, der nur bei genügender Begründung vorgenommen werden darf.

Eine Indikation kann in ganz äußerlichen Momenten liegen; ist es unmöglich einem Falle so viel Zeit zu widmen, wie rationelle Wachpsychotherapie erfordern würde, so kann durch hypnotische Beeinflussung intensiver gearbeitet und wesentlich an Zeit gewonnen werden. Umgekehrt macht die vielseitige Ausgestaltung indirekter rationeller Psychotherapie, die „Milieuwirkung" in einem Sanatorium, einer Klinik u. dgl. die Anwendung der Hypnose oft in Fällen überflüssig, die in Sprechstunden oder hausärztlicher Behandlung hypnotische Beeinflussung durchaus verlangen würden; auch Übung und Eignung des Arztes spielen eine gewisse Rolle. Neben diesen mehr zufälligen Gesichtspunkten stehen sachlich voll begründete Indikationsregeln. Die Grundregel ist die, mit Hypnose so sparsam wie möglich umzugehen und zunächst in jedem Falle wachpsychotherapeutisch zu arbeiten; wer die Geschichte der Psychotherapie kennt, wird es dem Hypnotismus immer danken, daß er für die Erkenntnis bahnbrechend war, wie zahlreiche und weitgehende ärztliche Beeinflussungen durch rein seelische Maßnahmen möglich sind. Vom Standpunkt moderner, universeller und wissenschaftlich kritischer Psychotherapie aus wird er aber die Hypnotherapie nur als ein wertvolles Hilfsmittel bei entsprechender Indikationsstellung erachten. *Von seiten des Kranken* kann mangelnde Einsicht und allgemeine geringere Differenzierung, namentlich das Zusammenwirken von Hysterie und Schwachsinn, eine primitiv-suggestive Hypnotherapie erfordern, wenn Wachpsychotherapie versagt; aber hier, wie bei jeder Verwendung der Hypnose darf nicht außer acht gelassen werden, daß auch von seiten des Kranken eine gewisse Eignung erwünscht ist. Namentlich der hypnotisch technische Anfänger wird immer mit einer gewissen Anzahl von Kranken rechnen müssen, bei denen die Einleitung der Hypnose nicht gelingt. Die Häufigkeit solcher „Refraktären" schwankt nach der Erfahrung des behandelnden

Arztes und nach den Anforderungen, die er an den hypnotischen Zustand stellt; wer sich darauf beschränkt, nur Hypnosen mit völliger Erinnerungslosigkeit, Halluzinierbarkeit und Realisierung posthypnotischer Suggestionen als „echte" zu bezeichnen, wird entsprechend schlechtere statistische Resultate haben. Noch schlechtere der Beobachter, für den eben diese tiefen Zustände etwas schlechthin Pathologisches, meist der Hysterie Zuzurechnendes sind. Beides ist unbegründete Einseitigkeit. Gewiß trägt die Hypnose, wie jede andere komplexe Leistung, deutlich den Stempel der Persönlichkeit des Erlebenden; so ist auch die Hypnose ausgesprochen hysterisch Reagierender an einer oft über die Anregungen des Suggerierenden hinausgehenden theatralischen Produktivität und einer erheblichen Unberechenbarkeit kenntlich, während die Hypnose des Phlegmatischnüchternen weit farbloser und schematischer verläuft. Trotzdem bleibt der Kern der Sache dadurch unberührt; bei beiden wird eben die beschriebene Veränderung willkürlich und durch bestimmte Maßnahmen herbeigeführt und weiter ausgestaltet. Passivität, Lösung, hemmungslose Hingabe und Aufgabe aktiver Selbstbehauptung bis zum Zerfließen der Einheit des Erlebens in Zeit und Erinnerung und die dadurch gegebene erhöhte Aufnahmefähigkeit für Suggestion bleiben bei beiden gleich. Gewiß ist es zweifellos, daß zahlreiche sehr begabte „Medien" hysterische Eigenheiten bieten; ist doch die Rolle eines „berühmten Mediums" mit der entsprechenden Beteiligung des interessierten Publikums für die fremdsüchtige Erlebensweise des Hysterischen ungemein verlockend. Auch läßt die erhöhte Reizansprechbarkeit der Hysterischen im Verein mit ihrer völligen Wandelbarkeit und zwanghaften Bindung an die äußerlichsten Milieubedigungen sicher vielfach eine besondere Eignung zur Suggestionsdemonstrationen verstehen, zumal, wenn affektive Bindung an den Suggestor besteht. Aber trotz dieser Gemeinsamkeiten ist es keineswegs gerechtfertigt, Hysterie und Hypnose zu vermengen, etwa von Hypnose als „künstlicher Hysterie" zu sprechen oder dgl. Die hysterische Reaktionsweise stellt ja lediglich eine quantitative Steigerung bestimmter, ungemein häufiger Grundqualitäten dar; das zeigt auch die Häufigkeit psychogen entstandener, den hysterischen Produkten restlos gleichender Symptome bei völlig Normalen unter dem Einflusse überwältigender Affekte oder einer sonstigen psychophysischen Allgemeinalteration, die nach entsprechender psychotherapeutischer Lösung völliger seelischer Gesundheit Platz machen. „Suggestibilität" und „Hysterie" haben viel

gemeinsame Elemente, sind aber in ihrer Eigenart scharf zu trennen, ähnlich, wie etwa die Fütterungsglykosurie vom echten Diabetes oder die normale vasomotorische Reagibilität von den echten Entzündungsvorgängen. Am deutlichsten dokumentiert sich der prinzipielle Unterschied von Hysterie und Suggestibilität darin, daß gerade unter ausgesprochenen Hysterischen völlig hypnotisch Refraktäre besonders häufig sind. Auch für den erfahrenen Hypnotherapeuten ist die Beurteilung der Suggestibilität ohne praktischen Versuch ungemein schwierig; die zahlreichen dafür angegebenen Proben stellen weiter nichts dar, als recht simple Wachsuggestionsversuche, die gerade bei differenzierten Kranken oft Widerstände auslösen. So wird in gewissem Sinne jedesmal die Ersthypnose ein Wagnis darstellen; darum soll der kritische Hypnotherapeut sich hüten, die Ersthypnose durch allzu massive Vorversicherungen im Wachzustande mit zu viel Erwartung zu beladen. Er betone vielmehr, daß im allgemeinen die Realisierung der Hypnose eine gewisse Übung verlangt und häufig in den ersten Sitzungen vom Kranken wenig erlebt werde. Sachgemäßes kritisch-empirisches Vorgehen, namentlich mit Hilfe der fraktionierten Methode, führt in vielen Fällen zu vollem Erfolge, die plumpen Überwältigungsversuchen gegenüber refraktär bleiben. So sind die Indikationen aus der Eigenart des Kranken in weitem Maße vom Können und von der Kritik des Hypnotherapeuten abhängig; der moderne wissenschaftliche Hypnotherapeut wird nur bei schweren geistigen Defekten nicht zum Ziele kommen. Ebenso wie die Herstellung des hypnotischen Zustandes ist seine Vertiefung lediglich Funktion der psychotherapeutischen Technik, die aber nur mit vollem Einverständnis des Kranken in ihre Rechte tritt. Unter diesen Umständen wird völlig refraktäres Verhalten dem Geübten kaum mehr begegnen, ja er wird bei Geistesgesunden mit einiger Geduld stets eine erinnerungslose, oft eine produktive, sogenannte Somnambulhypnose darstellen können. Zahlenangaben nach dieser Richtung haben begreiflicherweise wenig Wert.

Große Schwierigkeiten können Schwachsinnig-Hysterische machen, bei denen ausreichende psychische Vorbereitung an der mangelnden Einsicht scheitert; hier ist die Hypnose nur im alleräußersten Notfalle heranzuziehen. Ähnlich, wie diese Individuen bei anderen psychologischen Versuchen immer eine besondere geistige Leistung vorzuführen suchen, so daß mit Bleuler von einem „Intelligenzkomplex" gesprochen werden kann, sehen sie häufig im Versuche der Hypnotisierung nur eine Gelegenheit,

ihren „festen Willen“ zu zeigen oder dgl. und renommieren noch nach Jahren damit, daß der oder jener bekannte Arzt vergebens versucht habe, sie einzuschläfern. Darum ist in der Kombination *erethischen* Schwachsinns mit hysterischer Reaktionsweise im Anfang eine Kontraindikation gegen Hypnose zu sehen. Weitere Kontraindikationen, die aber sachliche psychische Vorbereitung vermeiden läßt, stellen die schweren Formen der Hypnoseangst dar, unter deren Einfluß die Hypnosen oft abnorm verlaufen und wenig erreichen lassen.

Verschieden lauten die Ansichten Sachverständiger über die Eignung Minderjähriger zu hypnotischer Behandlung; viele kritische Autoren, denen ich mich durchaus anschließen möchte, haben bei sachgemäßer hypnotischer Behandlung von Kindern keinerlei Schädigung gesehen. Doch wird man bei der weitgehenden Plastizität der normalen kindlichen Psyche meist mit indirekter und Wachpsychotherapie auskommen; ausnehmen möchte ich allerdings einige Schlafstörungen, namentlich das Bettnässen, ferner einige pathologische Gewohnheiten. Daß unkritische Enthusiasten die Hypnose in die normale Erziehung hineinziehen möchten, kann nicht scharf genug abgelehnt werden; derartige Auswüchse hypnotischer Phantasterei verdienen die vernichtende Kritik, die neuerdings Hirschlaff ausübte.

Ein weiterer, ungemein wesentlicher Gesichtspunkt ist die richtige Dosierung der Hypnotherapie; *Dauer* und *Tiefe* der Einzelbehandlung und *Häufigkeit* der Sitzungen in der Gesamtbehandlung sind hier die entscheidenden Fragen. Im allgemeinen besteht in all diesen Richtungen meist eine Neigung zur Unterdosierung. Namentlich Ersthypnosen erfordern auch nach ausreichender psychischer Vorbereitung meist eine gewisse Spanne Zeit, so daß der Arzt gut tut, für solche Behandlung mindestens $^1/_2$ Stunde frei zu halten. Ebenso der Kranke; denn an der unruhigen Erwartung irgendwelcher Versäumnisse oder dgl. kann die sachgemäße Durchführung der Sitzungen scheitern. So blieb z. B. ein sonst sehr gut reagierendes Schulkind meiner Beobachtung an einem Tage wider Erwarten refraktär, bis näheres Nachforschen ergab, daß es mit seinen Schularbeiten für den nächsten Tag in Rückstand war und darum die Lösungsruhe nicht aufbringen konnte. Obwohl mit zunehmender Übung des Arztes und des Kranken die Einleitung der Hypnose immer rascher gelingt, empfiehlt sich namentlich für alle suggestiv-analytisch und allgemein psychotherapeutisch gerichteten Hypnosen ein gemäch-

liches Vorgehen; nur Ruhe- und Erholungshypnosen können bei genügender Einarbeitung schnell eingeleitet und dann unter Beobachtung ihrem Verlaufe überlassen werden. Vor den speziellen hypnotherapeutischen Maßnahmen empfiehlt es sich dem Kranken Gelegenheit zu geben, sich in seinen Zustand einzuleben, und dann erst mit der eigentlichen Arbeit zu beginnen; ist sie beendet, so wird zweckmäßig in jedem Falle ein Nachschlaf von 5—10 Minuten angeschlossen, der bei sonst normalem Verlaufe der Hypnose ärztliche Aufsicht nicht mehr erfordert. Die Desuggestionierung ist wieder ärztliche Aufgabe; besteht starke Müdigkeit, so kann der Kranke noch $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde nachschlafen. So fordert eine sachgemäße hypnotische Sitzung durchschnittlich etwa $^1/_2$—1 Stunde Zeit. Partiell- oder totalrefraktäres Verhalten kann die Arbeit wesentlich verlängern. Die Tiefe der Hypnose erhöht die Augenblickssuggestibilität, ohne eine besondere feste Haftung des Aufgenommenen zu garantieren; dies ist vielmehr Funktion der Eigenart des Kranken. Auch hinsichtlich der Schlaftiefe steht das Sparsamkeitsprinzip im Vordergrunde; zunächst ist der Erfolg in leichter und mittlerer Hypnose anzustreben und nur bei ihrem Versagen eine Vertiefung anzustreben. Hierbei sind oft auch allerlei Erwartungseinstellungen des Kranken zu berücksichtigen; viele Kranke glauben erst bei Zuständen von Erinnerungsverlust „richtig" hypnotisiert zu sein und hemmen ihr Eintreten eben durch die Erwartung, ja sie zerstören sich selbst aus Enttäuschung den Heilerfolg oberflächlicher Sitzungen. Diese Gesichtspunkte verlangen viel diplomatisches Geschick. Die Forderung mancher einseitigen Hypnotherapeuten möglichst jede Hypnose so weit zu vertiefen, wie angängig, ist sicher falsch und widerspricht den allgemeinen Grundsätzen rationeller Therapie. Die Häufigkeit der Sitzungen darf namentlich in der ersten Zeit nicht zu gering bemessen werden; es muß mindestens täglich, am besten morgens und abends gearbeitet werden, wenn überhaupt Aussicht auf einen Dauererfolg bestehen soll. Dann ist im Verlaufe von Wochen die Dosierung ganz allmählich zu vermindern. Sehr gute Erfolge ergibt oft die nur in klinischer Behandlung durchführbare Dauer- oder „protrahierte" Hypnose, um deren Ausbildung sich namentlich Wetterstrand verdient gemacht hat. Zustände reizbarer Schwäche, Erschöpfte, leicht Vergiftete und dysphorische Chronischkranke sind für diese Behandlung geeignet. Die Patienten werden wochen- und monatelang hypnotisch ruhig gestellt und erhalten nur Suggestionen zur Regelung der Nahrungsaufnahme und Entleerungen;

als physiologisches Unterstützungsmittel wird eine Mastkur durchgefürt. Die protrahierte Hypnose erfordert sachverständiges Personal; Isolierung des Kranken ist nicht absolut erforderlich. Ich habe persönlich solche Kuren über Wochen im offenen Krankensaale durchgeführt.

Die Erörterung der Technik, der verschiedenen Formen, der Indikationen und der Dosierung der Hypnotherapie hat bereits eine Reihe von Fehlerquellen berühren lassen; es sei vor allen Dingen erinnert an Vorurteile des Kranken, mangelnde kritische Sicherung des Arztes, ungenügende psychische Vorbereitung, Fehler der Dosierung und falsche oder unscharfe Indikationsstellung. Der letzte Punkt führt nämlich zu einer Unterschätzung der Machtsphäre der Wach- und Allgemeinpsychotherapie und zu berechtigten kritischen Bedenken; Sparsamkeit als erster und Hauptgrundsatz der Hypnotherapie wird sie nur heranziehen lassen, wenn die übrigen Methoden der Psychotherapie versagen, und darum ihren Wert besonders klar erkennen lassen.

Nicht selten wird der Hypnotherapie der Vorwurf gemacht, eine besonders gefährliche Methode zu sein. Als Hauptgefahren werden genannt, daß die Hypnotherapie den Kranken unselbständig mache und einem fremden Willen ausliefere; daß ferner an Hypnotisierten Gesundheitsschädigungen beobachtet seien, endlich, daß bei den öfter Hypnotisierten sich eine Hypnosensucht, eine „Hypnomanie" entwickele. Übereinstimmend geht aber das Urteil der Sachverständigen dahin, daß diese Gefahren nicht der Hypnose an und für sich, sondern ihrem Mißbrauche zur Last gelegt werden müssen. Die Frage der „Willenlosigkeit" in Hypnose ist noch keineswegs geklärt; in vielen Fällen ist das Somnambulmedium zweifellos weit besser darüber orientiert, daß es die empfangenen Suggestionen nur „vorerlebt", als im allgemeinen angenommen wird. Besonders interessant ist in dieser Beziehung ein Experiment von Delboeuf; dieser Autor arbeitete viel mit einer sehr suggestibelen Versuchsperson, die hemmungslos alle Suggestionen erfüllte. Da sie zugleich im Hause des Arztes arbeitete, war sie mit seiner Lebensgewohnheit genau vertraut; schon öfter hatte Delboeuf sie im somnambulen Zustande irgendeinen Gegenstand als ‚Revolver' ergreifen und auf einen der Anwesenden „abschießen" lassen. Nun hatte Delboeuf über seinem Schreibtische einen scharf geladenen Revolver hängen, da er in einer etwas unsicheren ländlichen Gegend lebte. Allen Hausgenossen war es verboten, sich mit dieser Waffe zu befassen. Delboeuf entlud nun heimlich

den Revolver, leitete die Hypnose ein, und gab dem Medium den Auftrag, den Revolver von der Wand zu nehmen und auf einen der Anwesenden zu schießen. Aber das Medium, daß vorher mit einem „illusionierten" Revolver „willenlos" der Suggestion folgte, verhielt sich nun völlig refraktär! Ähnliche Beobachtungen liegen von zahlreichen kritischen Autoren vor, die denn auch übereinstimmend die Durchführung eigentlicher verbrecherischer Suggestion bei ethisch Vollwertigen für ausgeschlossen halten; Suggestionen, die „im Widerspruche zur Persönlichkeit" stehen, werden nicht ausgeführt. Es muß daher der Umweg illusionärer Täuschung gewählt werden. So sind verschiedentlich in Experimenten von Versuchspersonen Unterschriften unter Aktenstücke gesetzt, deren Inhalt der Versuchsperson fremd oder feindlich war, z. B. Entlassungs- oder Pensionierungsgesuche. Nicht in der „Willensbeeinflussung", sondern in der Täuschung liegt die Gefahr; darum schließen hieran weniger therapeutische als soziale Bedenken. Die oft erörterten Willensschädigungen durch Hypnose sind lediglich Folge technischer Unzulänglichkeit und unverantwortlicher Experimentiererei; selbstverständlich ist es keineswegs gleichgültig, wenn eine Versuchsperson mit Zuhilfenahme starker, einseitiger Sinnesreize oder körperlicher Gefühle, wie Schwindel, oder affektiver Shockierung durch Schreck u. dgl. in den hypnotischen Zustand gezwungen und nun, oft täglich stundenlang, den erregendsten Suggestionen ausgesetzt wird, besonders, wenn statt sachgemäßer psychischer Voraufklärung mystische Faktoren den Boden bereiten. Derlei, namentlich in spiritistisch-theosophisch gerichteten Laienkreisen häufiger Unfug kann zu erheblichen Schädigungen führen, namentlich zu lästigen Spontanhypnosen bei Anblick glänzender Gegenstände. Die rationelle Hypnotherapie hat damit nichts zu schaffen. Eine leichte Form von Hypnosensucht, die meist mehr oder weniger bewußt erotischer Natur ist, muß gleich in den Anfängen erstickt werden, was mit etwas Ironie nur allzu leicht gelingt. Die rationelle Hypnotherapie in ärztlicher Hand ist eine ungefährliche Behandlungsart und, bemerkenswerterweise, meist der sicherste Weg, den erwähnten überdressierten Laienmedien wieder zur Selbständigkeit zu verhelfen.

5. Psychoanalyse.

In den Mittelpunkt der bisherigen Darstellung des Seelischen wurde nachdrücklich sein lebendiger Reichtum gestellt; das Seelische als ein Strom fließender Gestaltungen, der Umwelt und Beschauer

je nach Standort spiegelt, wobei kaum mehr, als die Oberfläche die Spiegelungen wirft. Die letzten 30 Jahre haben nun eine psychopathologische Richtung gebracht, die sich in bewußtem Gegensatze zur „seichten Schulpsychologie" als „Tiefenpsychologie" bezeichnet und letzte prinzipielle Aufklärungen behauptet. Wer die Plastizität und Schmiegsamkeit des Seelischen kennt und die Unzulänglichkeit jeder Einheitsformel sehen gelernt hat, wird schon solchen Ansprüchen gegenüber skeptisch sein und nur einen neuen Mummenschanz doktrinärer Psychologie und Psychotherapie erwarten; mit diesem Vorbehalte ist an S. Freuds Psychoanalyse heranzutreten. Sie ist so durchaus eigenartig und reich an genialer Intuition und dabei so durchsetzt von abstruser Kritiklosigkeit, daß ihre Darstellung einen besonderen Weg verlangt. Es ist der einer gleichsam *historischen Entwicklung*, denn nur so vermag man ihr gerecht zu werden, im Gegensatze zu anderen psychotherapeutischen Methoden, die sich aus allgemeinen Gesichtspunkten ableitend darstellen lassen. In dieser Historie der Psychoanalyse lassen sich zwei prinzipiell verschiedene Perioden trennen; es ist die Ausgangsperiode der Psychokatharsis, deren Nachfolgerschaft und Mitarbeitertum noch jetzt eine geachtete Sonderstellung einnimmt, und die Entwicklungsphasen der eigentlich Freudschen, der Sexual-Psychoanalyse.

Die Psychokatharsis knüpft eng an die französische Klinik und Psychologie der Hysterie an, wie denn Freud persönlich Schüler Charcots ist; ein von Breuer und Freud in den 90er Jahren des vorigen Jahrhunderts beobachteter Fall führte zu ihrer Entstehung. Es handelte sich um eine schwere seelisch-nervöse Erkrankung mit komplizierten Lähmungserscheinungen, Dämmer- und Erregungszuständen, bei der Symptom auf Symptom verschwand, wenn die Kranke eine entsprechende Erinnerung in voller Lebendigkeit wiedererlebte, so daß die Autoren von „Autohypnose" sprechen. Stets war das Symptom zeitlich oder inhaltlich mit der Erinnerung verknüpft, ohne daß im Wachbewußtsein der Zusammenhang erschaut wurde. Charcots Anschauung, daß die hysterischen Erscheinungen auf „Vorstellungen" zurückgehen, wird nun von Breuer und Freud dahin erweitert, daß die hysterischen Symptome Ausdruck *unbewußter* Reminiszenzen sind, deren Auffinden und Wiedererleben das Symptom beseitigt. Als ideales Mittel zu einer solchen Behandlung mußte die hypnotische Hypermnesie erscheinen. In der Tat empfahlen Breuer und Freud das hypnotische Aufsuchen der pathogenen Erinnerung,

des „psychischen Traumas“ und ein möglichst lebendiges Neuerleben als „psychokathartische Methode“. So steht die Psychokatharsis in engster Fühlung zu vor- und gleichzeitigen Arbeiten und erregt bei kritischer Verwendung keinerlei prinzipielle Bedenken.

Einige Beispiele aus der ersten größeren Mitteilung von Breuer und Freud mögen die Methode illustrieren; besonders lehrreich ist der Fall Anna O. Über die Entstehung der Erkrankung berichtet Breuer:

„Juli 1880 war der Vater der Kranken auf dem Lande an einem subpleuralen Abszesse schwer erkrankt; Anna teilte sich mit der Mutter in die Pflege. Einmal wachte sie nachts in großer Angst um den hochfiebernden Kranken und in Spannung, weil von Wien ein Chirurg zur Operation erwartet wurde. Die Mutter hatte sich für einige Zeit entfernt, und Anna saß am Krankenbette, den rechten Arm über die Stuhllehne gelegt. Sie geriet in einen Zustand von Wachträumen und sah, wie von der Wand her eine schwarze Schlange sich dem Kranken näherte, um ihn zu beißen. (Es ist sehr wahrscheinlich, daß auf der Wiese hinter dem Hause wirklich einige Schlangen vorkamen, über die das Mädchen früher schon erschrocken war, und die nun das Material zur Halluzination abgaben). Sie wollte das Tier abwehren, war aber wie gelähmt; der rechte Arm, über die Stuhllehne hängend, war eingeschlafen, anästhetisch und paretisch geworden, und als sie ihn betrachtete, verwandelten sich die Finger in kleine Schlangen mit Totenköpfen (Nägel). . . . Als (die Halluzination) geschwunden war, wollte sie in ihrer Angst beten, aber jede Sprache versagte, sie konnte in keiner sprechen, bis sie endlich einen englischen Kindervers fand und nun auch in dieser Sprache fortdenken und beten konnte.“ Ein nervöser Husten erklärte sich, wie folgt: „Husten trat das erste Mal ein, als während der Krankenwache (beim Vater) aus einem benachbarten Hause Tanzmusik herübertönte und der aufsteigende Wunsch dort zu sein, ihr Selbstvorwürfe erweckte. Seitdem reagierte sie ihre ganze Krankheitszeit hindurch auf jede stark rhythmische Musik mit einer Tussis nervosa.“

Gleichsam als experimentelle Illustration darf O. Vogts bereits erwähnter hypnotischer Versuch herangezogen werden; die Versuchsperson liebte eigentlich Obst, lehnte es aber ab Obst zu essen, nachdem sie in Hypnose auf eine suggerierte Made gebissen hatte, obwohl für den hypnotischen Versuch suggestive Erinnerungslosigkeit bestand; erst nach Aufhebung der Suggestion reagierte

die wiederum amnestische Versuchsperson wie vor dem Experiment. Bemerkenswert ist, daß eine andere, von Vogt in der Selbstanalyse geschulte Versuchsperson den Zwang ohne suggestive Nachhilfe durch Selbstbeobachtung lösen konnte. Im Gegensatze zu ihr stellt die ersterwähnte Versuchsperson das experimentelle Abbild einer hysterischen Idiosynkrasie dar, das lediglich psychokathartisch zu beeinflussen wäre. Aber während hier das durchsichtige und primitive Suggestionserlebnis, die Kürze der Versuchsdauer und die hypnotisch gesteigerte Beeinflußbarkeit das Verständnis erleichtern, schafft die Hysterie viel kompliziertere Bedingungen. Ein äußerlich sehr einfaches Beispiel möge das illustrieren.

Eine seit 2 Jahren erotisch restlos glücklich verheiratete junge Frau macht mit ihrem Manne eine Ferienreise; plötzlich tritt eine völlige Hemmung ihres Sexualgefühls auf. Ihr Gatte versucht sie durch Zärtlichkeiten zu gewinnen; da verändert sich ihr Gesichtsausdruck, sie spricht in gänzlich fremdem Tonfall, gerät in lebhafte erotische Erregung, wehrt aber den Gatten ab, der sie küssen will. Nach einigen Minuten kommt sie gleichsam erwachend zu sich und weiß von ihrem Verhalten nichts. Psychokathartisch auf die Ausgangssituation hingelenkt, wird der Patientin plötzlich deutlich, daß Einzelheiten der Hotelzimmer sie an ein Zimmer in einem Sanatorium erinnerten, in dem sie vor mehr als Jahresfrist von ihrem Manne getrennt lebte. Als sie sich dort in ähnlich liegender Stellung befand, wie in der Ausgangsszene, versuchte ein Herr, zärtlich gegen sie zu werden. Der Fremde war ihr an und für sich sympathisch, doch wehrte sie jede Annäherung energisch ab, da sie sich völlig an ihren Mann gebunden fühlte, und verschwieg die ganze Episode. „Daran habe ich gar nie mehr gedacht", meinte sie. Die erotische Hemmung war nach Aussprache mit dem Gatten behoben.

Ist eine solche Behandlung auch so restlos einfach verständlich, wie das hypnotische Experiment? Wohl schwerlich. Darum haben bereits Breuer und Freud aus ihren noch weit komplizierteren Beobachtungen weitere Aufklärung zu erlangen gesucht.

Wenn die Reminiszenzen so wirksam sind, warum werden sie nicht bewußt? Breuer sucht dies durch die hysterische Eignung zum Bewußtseinszerfall zu erklären und glaubt, daß Traum-, Vergiftungs- und Erschöpfungszustände eine besondere Rolle spielen; Freud dagegen wendet sich mehr dem Inhaltlichen und Reinpsychologischen zu. Affektbedingungen sind es nach seiner Ansicht, die hier ausschlaggebend sind; namentlich

wenn Affekte sich nicht entladen können, wenn nicht durch Weinen, Rache oder anders „abreagiert" werden kann, so daß die Affekte „eingeklemmt" sind, disponiert das zur Entstehung derartiger abgespaltener Vorstellungen. Oder, wenn ihr Inhalt vom Erlebenden intensiv — durch Scham, Schreck, Abscheu, Empörung — abgelehnt wird. Der Kranke „verdrängt" solche Erlebnisse „unbewußt" oder „ins Unbewußte", wo sie nun, der sonstigen seelischen Verarbeitung unzugänglich, sich über Jahre erhalten und in Symptomen auswirken.

Während also im obenstehenden Beispiele Breuer mit Recht auf die hysteropatische Konstitution und Eignung zum Bewußtseinszerfall rekurriieren würde, läse die Freudsche psychokathartische Interpretation so, daß die Patientin einen starken, aber innersten Gefühlswerten — der Zugehörigkeit zum geliebten Manne, dem Ehrgefühle — zuwiderlaufenden Sexualaffekt verdrängt habe, der nun aus der Unterwelt aufgetaucht sei. Solche Hilfskonstruktionen sind für Fälle, wie der vorstehende, überflüssig. Die erotische Hingabe bedarf völliger Einheitlichkeit und diese wird durch das Anklingen der peinlichen Erinnerung unmöglich; die Unmöglichkeit des erotischen Erlebens aber dem liebsten Menschen auf der Welt gegenüber ist eine ausreichende Gemütserschütterung, um die Entstehung eines kleinen hysterischen Ausfalles verstehen zu lassen, der seine inhaltlichen Momente eben jener störenden Reminiszenz entnimmt, ohne daß durch dieses „Wiedererleben" eine Heilung entstand. Diese trat erst ein, als die Kranke den Mechanismus selbst durchschaute und den lastenden Druck des Geheimnisses durch ruhige Aussprache heben konnte. Hierin, nicht in einem „Abreagieren" vorgeschichtlicher Affekte, wird eine nüchterne Beurteilung der Behandlung oft das Wesentliche sehen. Dadurch bleibt das Verdienst Freuds unberührt, auch seinerseits auf die entscheidende Bedeutung der Affekte im Mechanismus der Hysterie hingewiesen zu haben; nur muß schon hier der Meinung entgegen getreten werden, als genüge in jedem Falle ein Bearbeiten von „Reminiszenzen" an und für sich als Behandlung. Es müßte dann unter der mehr oder minder deutlichen suggestiven Voreinstellung geschehen, daß mit dem Auffinden der Erinnerung die Heilung gewährleistet sei, eine Möglichkeit, die von der Mehrzahl kritischer Anhänger der Psychokatharsis nicht völlig abgelehnt wird.

Nicht die kausalen Momente gewinnt im allgemeinen die Psychokatharsis, sondern die Elemente zum Verständnis des

Symptoms; gewiß liegt auch darin ein therapeutischer Faktor. Der Kranke, der z. B. einsieht, daß sein Herzklopfen nicht mit einem Herzleiden, sondern mit erregenden Phantasien zusammenhängt, wird vor hypochondrischen Entgleisungen bewahrt und fähig, seinen Zustand sachlich anzusehen; leichtere, psychokathartisch angreifbare Fälle von Zwangszuständen werden durch den Einblick in den Aufbau ihrer Symptome dagegen geschützt, sich für geisteskrank zu halten u. dgl. m.

So wird für die Mehrzahl der Fälle nicht ein mysteriöses Hineinragen vorzeitlicher Unbewußtheiten, sondern ein aktueller Konflikt entscheidend sein, und allerdings eine psychokathartische Erklärung die Lösung erleichtern oder ermöglichen. Gewiß ist auch in dem oben erwähnten Falle die Herausstellung des unter bewußten Materiales von großer aufklärender Bedeutung, aber das entscheidende Moment liegt, wie der Verlauf zeigt, nicht in seiner Hebung, sondern in dem dadurch ermöglichten Ausgleich der aktuellen affektiven Störung. Der moderne und kritische Psychotherapeut wird daher stets von Fall zu Fall zu prüfen haben, ob nicht aktuelle Konflikte vorliegen, ehe er auf komplizierte psychokathartische Annahmen, wie etwa die Freuds, zurückgreift, die lediglich die Disposition psychologisch verständlich machen.

Freud selbst wurde durch seine weiteren Beobachtungen bald über die Annahme eines einzelnen psychischen Traumas hinausgeführt; lenkte er seine Kranken auf ein Symptom hin und suchte nun, Unterbewußtes zu heben, so produzierten die Kranken nicht nur einzelne Erlebnisse, die das Symptom restlos „verständlich“ machten, sondern Ketten von Erinnerungen, die in immer weitere Vergangenheit zurückliefen. Damit ergibt sich ein neues Moment. Denn nun reichen die Reminiszenzen in Jahre zurück, deren größere Eindrucksfähigkeit und Haftsamkeit allgemein anerkannt ist, in Jugend und Kindheit; zugleich steht der unfertige Mensch der Verarbeitung ratloser gegenüber und die unzureichende Geschlossenheit kindlichen und frühjugendlichen Erlebens gibt auch bei später völlig Normalen ähnliche Bedingungen, wie in der erwachsenen hysterischen Psyche. Nicht mehr durch ein einzelnes psychisches Trauma „determiniert“ waren nun die Symptome, sondern durch vielfachste, weit zurückreichende Reminiszenzen „überdeterminiert“. Damit begegnet Freud zahlreichen, ihm sonst ganz fernstehenden Forschern, die immer wieder auf die Bedeutung von Kinder- und Jugendschicksal, Milieu- und Erziehungseinflüssen für die regelrechte und abnorme Entwicklung der Persönlichkeit

hinwiesen. Aber statt seine Beobachtungen der Vielfältigkeit der neuen Erklärungsbedingungen entsprechend vorsichtig zu machen, trug Freud das starre Schema seiner Verdrängungs- und Unbewußttheorie in das neue Material hinein, um schließlich bei der eigentlichen Psychoanalyse zu endigen. Dorthin ist ihm weiter unten zu folgen; für die Frage der Psychokatharsis genügt es, hervorzuheben, daß sie zur „Überdeterminierung", vom einzelnen, für Freud kausal erklärenden psychischen Trauma zu Ketten psychotraumatischer Reminiszenzen führte. Die Aufrollung dieser Ketten muß daher zu einer Darstellung der ganzen Lebensgeschichte führen, stets mit besonderer Einstellung auf im Freudschen Sinne unbewußtes Material, d. h. auf das aus Affektgründen Verdrängtes. Der Erfolg muß eine intimste Lebensbeichte sein, eine Analogie, die Freuds Scharfblick selbstverständlich nicht entging. Immer schwieriger aber wird nun die zweite psychokathartische Grundfrage, die nach dem *Zusammenhang von Reminiszenz und Symptom.*

Er tritt am eindeutigsten zutage, wenn Reminiszenz und Symptom völlige inhaltliche Deckung zeigen. Als Beispiel diene eine Fall von Sidis:

Ein 19jähriger Lehrling von geringer Intelligenz, von brutalen, sozial tiefstehenden Eltern abstammend, leidet, ohne irgend charakteristischen Organbefund zu zeigen, an Anfällen, die mit Zittern an den Extremitäten einsetzen, das sich dann über den ganzen Körper verbreitet, es besteht dann allgemeines Zittern, Schauern und Zähneklappen. Bisweilen fällt er dabei nieder. Die Anfälle zeigen „epileptiformen" Charakter, dauern nur länger (bis 3 Stunden), das Bewußtsein bleibt erhalten. Die Anfälle treten oft nachts, aber auch bei Tage auf und sind von lebhaftem Kältegefühl begleitet (wie Schüttelfrost).

In hypnoidalem Zustande findet der Kranke, der im Wachen über keinerlei Erklärung verfügt, die Erinnerung an ein „viele Jahre" zurückliegendes Erlebnis. Er wurde als Kind gezwungen, in einem dunklen, feuchten Keller zu schlafen, wo es bitter kalt war. Er mußte das Bett verlassen, um zu urinieren, da er bei Bettnässen schwere Strafe fürchtete. — Suggestiv völlig in die Situation zurückversetzt, zeigt er alle Symptome des Anfalles. Es genügte weiter, die Stichworte „dunkel, feucht und kalt" in Gegenwart des Patienten auszusprechen, um sogleich einen neuen Anfall auszulösen. Der Patient selbst erkannte den Zusammenhang seines Leidens mit dem Trauma.

Hier bleibt als wesentliche Fehlerquelle nur das Auftreten hysterischer Phantasien, so daß einwandfrei nur Fälle sind, bei denen eine objektive Kontrolle der Angaben möglich ist. Wenn sie gelingt, dürfen Beobachtungen dieser Art als beweisend dafür gelten, daß selbst jahrealte Reminiszenzen das Symptomenbild gestalten. Klinisch wird es sich ja vorwiegend um hysterische Anfälle handeln. Aus dem Ausbleiben solcher Erscheinungen auf einen echten Kausalzusammenhang zu schließen, dürfte allerdings immer erheblichen Bedenken unterliegen.

Wesentlich unsicherer wird die Annahme eines irgendwelchen Zusammenhanges bei nur teilweiser inhaltlicher Deckung.

So reproduzierte ein Kranker meiner Beobachtung, der an einer hysterischen, ticähnlichen Unruhe des rechten Armes litt, als ich in leichter Hypnose seine Einstellung auf die Symptome lenkte, eine Fülle von Reminiszenzen, in denen er angegriffen, beleidigt oder bedroht wurde, ohne sich wehren zu können. Diese Erinnerungen kamen ihm selbst überraschend, er erlebte sie, wie alle derartig Behandelten, ganz dramatisch und gegenwärtig „jetzt gehe ich da und da" usw. Da der „Tic" meist nur bei lästigen affektiven Erlebnissen auftrat, die den damaligen Situationen glichen, erscheint die Psychogenese noch einigermaßen durchsichtig, wenn auch nicht annähernd so, wie in den Fällen der vorigen Gruppe.

Es ist deshalb darauf zu achten, ob bei Reproduktion einer Erinnerung das Symptom sich auffallend steigert, die von Freud „Mitsprechen der Symptome" bezeichnete Erscheinung. Sie ist wohl so aufzufassen, daß die mit den Erinnerungen und ihrer Reproduktion verbundene allgemeine Erregung in dem Symptom einen übungsmäßig besonders gebahnten Abfuhrweg findet, der überdies dem Erlebnis entspricht.

Außer diesen *inhaltlichen* Beziehungen können solche der *Zeit* und des *Ortes* bestehen; zur selben Zeit oder am gleichen Orte kann der Kranke eine Gemütserschütterung erlitten und einen an und für sich wenig bedeutsamen Eindruck aufgenommen haben, der nun der Ausgestaltung des Symptomes dient, so daß Symptom und Reminiszenz nicht direkt, sondern mittelbar verknüpft sind. So erklären sich viele psychogene Idiosynkrasien gegen Farben, Gerüche, Namen, Zahlen usw. Auch ausgesprochen pathologische Veränderungen, Migräneanfälle u. dgl. können psychogen durch auf den ersten Blick völlig indifferente Reize ausgelöst werden, bis psychokathartische Klärung die affektive Vermittlung aufdeckt.

Seiner besonderen Durchsichtigkeit wegen erinnere ich an einen schon mehrfach von mir zitierten Fall eigener Beobachtung:

Flora M., 13jährig, wird mir 1909 zugeführt, sie stammt aus einer Kleinbeamtenfamilie, war von jeher leicht erregbar, litt öfter an Kopfschmerzen usw. Die körperliche Untersuchung ergibt skrofulösen Habitus (eine Schwester ist phthisich) ohne Organbefund und Temperaturen. Neuropathischer Gesamteindruck, keine Anämie usw., keine Stigmata hysterica. Die Hauptbeschwerden bestehen im häufigem Erbrechen, das seit mehreren Jahren stets auftritt, wenn die Patientin Zwiebeln riecht. Das Erbrechen erfolgt dann sofort und ist begleitet von Herzklopfen, „Frost" (ohne objektive Steigerung der Körpertemperatur) und „Angstgefühl". Das Kind hat in seiner Klasse den ersten Platz inne, neigt zu übertriebener Pflichterfüllung, ist frei von charakteristischen, psychischen Entartungserscheinungen. Appetit und Stuhl sind i. a. gut.

Über die Entstehung des Erbrechens weiß das Kind nichts anzugeben.

Nach kurzer Aufklärung wird in Gegenwart des Hausarztes und der Mutter eine Hypnose ersten Grades eingeleitet und dem Symptome nachgeforscht. Zunächst stellt sich die Erinnerung an einen Bekannten des Hauses ein, vor dessen sehr entstelltem Gesichte (Lupus) das Kind sehr erschrak; sie soll an dem Tage mehrfach gebrochen haben, doch bestand damals das Leiden schon. Weiter sich selbst überlassen, gerät die Patientin plötzlich in Erregung ängstlicher Art; sie schildert als rezidivierendes Erlebnis („ich bin jetzt . . . usw.) den Tod eines Schwesterchens, der vor 8 Jahren erfolgte. Damals wurde als Volksheilmittel Zwiebelsaft gekocht. Die Kranke sah den entstellten Leichnam des Kindes, berührte ihn auch. Es wurde ihr dabei schlecht, sie bekam Angst, Herzklopfen, mußte brechen und „fror" am ganzen Leibe. Die Erinnerung wird ruhig in Hypnose besprochen, ausgleichende Vorstellungen eingefügt, das Schwesterchen sei jetzt ein Engel usw. und die kleine Patientin angewiesen, noch 1 1/2 Stunden nachzuschlafen, dann von selbst frisch aufzuwachen. Das Erbrechen sistiert seitdem, auch besteht keine Empfindlichkeit mehr gegen den betreffenden Geruch. Die Einzelangaben über die Krankheit des Schwesterchens wurden von der Mutter bestätigt.

Bis zu diesen Feststellungen wird man der Psychokatharsis unbedenklich folgen können; wenn auch nicht unter bedingungsloser Anerkennung ihrer allzu schematischen Hilfskonstruktionen vom Kräftespiel der Affekte. Man wird in ihr ein sehr wertvolles

Mittel sehen, um den Kranken zum tout comprendre zu führen, und in entsprechenden Fällen die Möglichkeit der Lösung verborgener affektiver Spannungen anerkennen; besonders, wenn bei weitgehender inhaltlicher Deckung erschütternde Reminiszenzen darstellbar sind, deren Verarbeitung in der Persönlichkeit des Kranken die Voraussetzungen fehlen, oder wenn der Kranke ärztliche Hilfe sucht, um über ein bestimmtes, bewußt erinnertes Erlebnis der Art hinwegzukommen, bei der Psychotherapie des psychischen Traumas.

Aber so klar umschrieben ist die psychokathartische Aufgabe nur in wenigen Fällen; praktisch wird die Arbeit oft dahingehen, große Strecken der Vergangenheit zu durchwandern. Ist dann noch eine Entscheidung möglich, wo Zusammenhänge von Reminiszenz und Symptom vorliegen? Für diese Frage muß etwas weiter ausgeholt werden.

Technisch entwickelt sich die Arbeit so, daß der Kranke in leichter Hypnose auf ein Symptom hingelenkt und nun angewiesen wird, die aufsteigenden „Vorstellungen" gänzlich frei walten zu lassen und ohne jede Hemmung mitzuteilen, ob sie ihm nun als Bilder, Worte, Szenen, Gefühle oder sonstwie erscheinen, man läßt den Kranken also „frei assozieren", ausgehend vom Symptome. Zur Beurteilung eines solchen Verfahrens ist einige eigene Erfahrung im Freiassozieren unerläßlich. Bei der Mehrzahl der Menschen gelingt es, eine passive Einstellung zu erreichen, in der nun Bild auf Bild, Vorstellung auf Vorstellung folgt, im Gegensatze zum geordneten Denken des vollen Wachlebens in buntem, sprunghaftem Wechsel, ähnlich dem des Traumlebens. Besondere Übung erfordert es, in dieses Spiel nicht reflektierend einzugreifen, besonders bei tätiger Veranlagung; passiven und träumerischen Naturen ist die Entspannung des Freiassozierens eine Wohltat, die spontan gesucht wird, so z. B. bei dem genannten „Nageln" vieler Heranwachsender, das Breuer poetischer als Tagträumen bezeichnet hat. Nun folgt bei richtigem Innehalten der Vorstellungsablauf fremden Gesetzen: assoziative Automatismen laufen ab, namentlich fallen auch zahlreiche Hemmungen, und da erfahrungsgemäß besonders „gefühlsstarke Vorstellungen" zur Reproduktion drängen, wird stets der Weg vom Symptom zum Affekte führen. „Vorstellung" ist hier ja im Sinne der Assoziationspsychologie gesagt und bezeichnet alle über der Empfindung stehenden psychischen Gebilde; ihr Ablauf aber wird von dem Anregen gemeinsamer Spuren abhängen. Enthalte also jede Vorstellung nur

100 Spurelemente, deren jedes wieder mit einem oder mehreren einer anderen verbunden sein kann, so ist das Ergebnis leicht ersichtlich: Es ist keine „Vorstellung" denkbar, die nicht mit jeder beliebigen anderen irgendeine Spurgemeinsamkeit hätte. Aus dem Auftreten einer „Vorstellung" an und für sich ist daher für ein Symptom gar nichts gewonnen, namentlich darf nicht ohne weiteres das assoziativ zufließende Material als psychogenetische Quelle der Ausgangsvorstellung angesehen werden.

Es sind ganz andere Gesichtspunkte von Bedeutung; die psychokathartisch angreifbaren Symptome enthalten stets psychologische Eigenheiten, sie sind in ausgesprochendsten Maße psychogen und fantastisch und geben darum, als Ausgangspunkt für „freies" Assozieren nicht selten gute Resultate. Sie enthalten bereits eine Fülle von Ausgangsdaten psychologischer Natur und bestimmen daher den Ablauf des freien Assozierens in weitgehendstem Maße, je mehr und intensiver, je mehr sie in jahrelangem Kämpfen konstituierender Teil der Persönlichkeit geworden sind, wie etwa eine schwere Errötungsfurcht, eine Perversität oder dgl. Nun auf das Symptom hingelenkt und ohne Hemmung der Angst, der Scham, der Beschönigung produziert der Kranke meist wesentliches, das ihm oft im Laufe der Jahre kaum mehr gegenwärtig war. Außerdem beherrscht ihn die Situation; die Anwesenheit des Arztes, seine Aufforderung, hemmungslos mitzuteilen und meist die schnellerfaßte Aufgabe, in das quälende Rätsel seines Leidens einen Sinn zu bekommen. So wird das Assoziationsmaterial ausgedehnter psychokathartischer Studien stets bewertet und kritisch benutzt werden müssen und die Entscheidung über seine Bedeutung nach den oben für einfache Fälle gewonnenen Gesichtspunkten erfolgen; aber namentlich mittelbare Auslösungen eines Symptomes, z. B. einer Neuralgie durch bestimmte Druckschrift oder dgl. müssen mit erheblicher Zurückhaltung beurteilt und der Fehler vermieden werden, in einem personifizierten „Unbewußten" allzuviel Absicht und unbewußte Tendenz zu sehen.

Sehr wesentlich ist stets die *kritische Mitarbeit des Kranken;* sein Erstaunen, wenn tatsächlich weit zurückliegende, halb oder ganz vergessene oder abliegende, nie mit dem Symptom in Zusammenhang gebrachte Erinnerungen in überraschender Lebendigkeit und Ausführlichkeit auftauchen; sein ausgesprochenes Erwartungs- und Unruhegefühl, ehe eine solche Szene sich einstellt, das deutliche Lösungsgefühl, wenn sie hervortritt. Die Beobachtung kritischer Kranker ist für diese Punkte von großer Bedeutung,

ebenso eine nüchterne Selbstbeobachtung, die auf normal-psychologischem Gebiete einfache Paradigmata liefert. Wer sich übt, seine Stimmungen, Entschlüsse und Anschauungen usw. durch das Material freier Assoziation zu illustrieren, wird manche Selbsttäuschung meiden und manche scheinbar „endogene" Verstimmung verstehen lernen; Freud selbst hat seine Aufmerksamkeit besonders den Fehlhandlungen des Alltages, dem Vergessen und Versprechen u. dgl. zugewandt und seiner Auffassung des Unbewußten entsprechend, hier unbewußte Tendenzen nachgewiesen. So, wenn ein Abgeordneter von Dingen, die er für Schweinereien hält, sagt, sie seien „zum Vorschwein" gekommen; wenn ein Arzt sich nicht auf eine Hausnummer besinnen kann, bis ihm durch freies Assozieren einfällt, daß er in dem Hause ein peinliches Erlebnis hatte. Auch allerlei Verlegenheits- und Gewohnheitsbewegungen werden ihm so zu „Symptomhandlungen", die ins Unbewußte Verdrängtes verraten. Vorurteilslose Beobachtung des Alltages und des Eigenerlebens wird nicht ganz selten derartige tendenziöse errata nachweisen lassen, ohne daß man darum der Verdrängung als einer unbewußt, zensurhaft beseitigenden und unterdrückenden, zielbewußt arbeitenden Macht allzu viel Rechte einräumen müßte. Das große Verdienst Freuds ist, den Blick für verräterische assoziative Verankerungen geschärft zu haben; bei der Deutung der Beobachtungen ist eine unendlich vielseitigere Stellungnahme erforderlich, wie dies Freud selbst durch immer zunehmende Überdehnung und Verallgemeinerung seiner Mechanismen versucht hat. Wer sich diese Zusammenhänge klarmacht, wird die Psychokatharsis gerne benutzen, aber Kausalanalysen nur mit großer Vorsicht aus ihr ableiten; er wird auch bedenken, daß sensibele Menschen häufig ganz bewußt bei sich selbst Vogelstraußpolitik treiben und vieles in und um sich nicht sehen wollen, was ihnen die Psychokatharsis zeigt; daß es eine nervöse Erinnerungsscheu gibt, die psychokatharrische Behandlung anscheinend Unerträglichem gegenüber zum Teil durch Gewöhnung zum Teil durch die Reaktion des Arztes überwinden lehrt, kurz er wird die Psychokatharsis, wie die Hypnose, im Rüstzeug der allgemeinen Psychotherapie an den gehörigen Ort zu stellen.

So entgeht er auch der Gefahr, das „Unbewußte" allzu sehr zu personifizieren; Freuds konstruktivem Geiste genügten diese allgemeinen Erfolge und Aufklärungen nicht; er machte von der Breuer-Freudschen Psychokatharsis den weiten, einsamen Weg zur eigentlichen Psychoanalyse.

Während die Psychokatharsis in Hypnose psychische Traumen zu heben suchte, verlangte Freud entsprechend seiner kausaldynamischen Auffassung des psychologischen Geschehens, daß dieselben Kräfte, deren Wirken das psychokathartische Material verschleiert, auch sonst wirksam seien; auch im Wachleben mußte „Verdrängtes" aus dem Unbewußten spielen und in tendenziöser Andeutung nachweisbar sein. Lenkt er also bei dem völlig wachen Kranken die Aufmerksamkeit auf ein Symptom, so mußte durch die Kraft der Verdrängung das eigentlich zugehörige seelische Material niedergehalten werden. Gegen diesen „Widerstand" hieß es nun ankämpfen; dem Kranken wurde immer wieder versichert, es würde ihm etwas einfallen und dieser Einfluß eventuell durch allerlei suggestive Prozeduren, Druck auf die Stirn u. dgl. verstärkt. Was nun „unter Widerstand" produziert wurde, war für Freud verdrängtes Material; daher denn auch sein Material aus dem in jeder Weise Diskretesten und Intimsten bestand. Scheinbar eine Bestätigung dafür, daß die „Verdrängung" gerade nach affektiven Gesichtspunkten erfolgt.

Als treibende Kräfte im Verdrängungsspiel nimmt Freud die Affekte an; er hatte sie auch für andere Zusammenhänge so benutzt. Das beste Beispiel ist seine Theorie der nervösen Angst; die Angst Nervöser ist für Freud affektive Folge von Anomalien des Sexuallebens, Coitus interruptus oder dgl. Indem das Energiematerial der sexuellen Erregung am Abfluß gehindert wird, etabliert es sich als störender Überfluß, der subjektiv als Angst erlebt wird. Dieser Zusammenhang wird nun zugleich Grundlage für eine pathognostische Abgrenzung, indem Freud für die so umschriebene „Angstneurose" klinische Selbständigkeit beansprucht. Er nannte diese mit äußeren Anomalien des Sexuallebens zusammenhängenden nervösen Zustände „Aktualneurosen".

Die gleiche hohe Bewertung der Sexualität als Kräftequelle des Lebens legte er nun auch seinem Studium über die „Verdrängung" zugrunde; *sexuelle* Traumen waren es für ihn in den meisten Fällen, die als „verdrängt" nur gegen große Widerstände produziert wurden. Es wurde oben auseinandergesetzt, wie durch mittelbare Assoziation ein Symptom mit einem inhaltlich ganz abliegenden psychischen Moment verknüpft sein kann, so daß z. B. der Name einer bestimmten Stadt, eines Gegenstandes oder dgl. ein Symptom, z. B. Schwindel, Herzklopfen u. dgl. auslöst. Für diese Zusammenhänge schuf Freud's das Unbewußte personifizierender Sprachgebrauch, den Ausdruck des „Symboles". Wenn

z. B. die Beobachtung eines Menschen mit hysterischen Gehstörungen ergab, daß er sich Vorwürfe seiner geringen „Standhaftigkeit“ wegen machte, so wurde das Symptom als „Symbol“ dieses unbewußten Vorwurfes angesehen. Bei der besonderen Betonung des Sexualaffektes wurde nun namentlich eine Fülle von ‚Sexualsymbolen“ aufgestellt; brachte der Assoziationsverlauf Stöcke, Messer oder dgl. „Gegenstände zum Stechen“, so war der Penis unbewußt „gemeint“, während Öffnungen jeder Art das weibliche Genitale symbolisierten, jene Darstellungsweise, die bei jeder ausgesprochenen psychoanalytischen Arbeit erstaunt.

Die eingehendste Anwendung dieser Gesichtspunkte hat Freud in seiner Bearbeitung des normalen Traumes geliefert; wie in Hypnose und Wachleben, so wirkt auch im Traumleben das tendenziöse Unbewußtsein Freuds und die Träume sind „Symbole“ von verdrängtem Material. Diese Auffassung wurde so gewonnen, daß Träume einer Bearbeitung auf „verdrängtes Material“ unterzogen wurden, genau nach den Gesichtspunkten der Auflösung eines hysterischen Symptoms. Der Gang dieser Bearbeitung ist so charakteristisch für die ganze Auffassungs- und Arbeitsweise Freuds, daß seine „Traumdeutung“ auch von seinen Anhängern stets als grundlegend hingestellt wurde.

Eine „Traumdeutung“ mußte einen Sinn ergeben; in der Tat ist für Freud jeder Traum sinnvoll. Die Unsinnigkeit des beim Erwachen Erinnerten ist nur eine scheinbare, denn morgens steht nur der „manifeste Trauminhalt“ zur Verfügung; er ist aber durch unbewußte Mechanismen aus dem „latenten Trauminhalt“ hervorgegangen; unbewußte Kräfte haben den latenten Inhalt weitgehend entstellt und sinnlos gemacht. Wenn die Versuchsperson von beliebigen Einzelpunkten des erinnerten, sinnlosen, manifesten Trauminhaltes aus assoziiert, so ergibt sich verdrängtes Material, nach dessen Einfügung ein sinnvolles Ganzes darstellbar wird. Wie weit diese entstellende Leistung geht, zeigen die von Freud psychoanalytisch gefundenen Mechanismen der Verdichtung und Verschiebung. Das manifeste, morgens erinnerte Traummaterial ist unbewußt „verdichtet“, d. h. jede Einheit der Traumvorstellungen kann einer Vielheit unbewußter „Symbole“ entsprechen, namentlich kann so auch jede Vorstellung ihr Gegenteil „bedeuten“. Träumt z. B. die Versuchsperson von einem alten dunkelhaarigen Manne, so kann dies ein blondes junges Mädchen „bedeuten“; die Anwesenheit vieler Menschen „bedeutet“ ein Geheimnis usw.; und diese Deutungen können um so kühner geschehen, als durch „Ver-

schiebung" beim manifesten, morgens erinnerten Trauminhalte deutlich ist und noch im Mittelpunkte steht, was für den — phychoanalytisch wesentlichen — latenten Trauminhalt ohne Bedeutung ist, während die wichtigen Grundbestandteile des latenten, psychoanalytisch darstellbaren, durch Verdrängung entstellten Trauminhaltes im morgens erinnerten, manifesten Trauminhalts unscharf sind und als Nebenmomente erscheinen. Denn auch im Traume sucht das Unbewußte das Verdrängte zu verheimlichen und setzt dem Traumerleben denselben Widerstand entgegen, wie der Reproduktion im Wachen. Ja, Freud geht so weit, eine eigene seelische „Instanz" zu postulieren, Zensur genannt, die nach Verdrängungsgesichtspunkten darüber wacht, welches Material in dem Traum übergehen darf. Denn würde zu offenkundig affektiv aktuelles Material in den Traum eindringen, so würde der Schläfer erwachen, wie Freud meint.

Schon diese Darlegung der einfachsten und elementarsten Gesichtspunkte der Traumdeutung Freuds zeigt, welche Fälle von schwierigsten Mechanismen der Autor spielen läßt, um seine Auffassung durchzuführen; eine ins einzelne gehende Kritik würde den Rahmen der vorliegenden Darstellung weit überschreiten, da sie notwendigerweise sich mit zahlreichen prinzipiellen Fragen auseinandersetzen muß, wie dies in vorbildlicher Weise von Mittenzwey geschehen ist.

Wie stellt sich nun der sachliche Psychotherapeut zu Freuds Traumdeutungsthesen?

Der Traumzustand ist dem Erlebenden im allgemeinen nur erinnernd zugänglich; nur hypnotisch lassen sich entsprechende Zustände darstellen und in gewissem Maße direkt beobachten. Trotz dieser Schwierigkeiten ist aus Selbst- und Fremdbeobachtung so viel sicher, daß im Schlaf- und Traumzustande eine gewisse Minderleistung der Kritik und der Einheitlichkeit des Erlebens vorliegt, die dem Bilde des „freien Assoziierens" nahe steht; außerdem bringt die Eigenheit des Schlafzustandes mit sich, daß neben der Minderung des zentralisierenden Denkens und Wollens eine Erhöhung der subjektiven Erlebensintensität einhergeht. Vorstellungen, die im Wachleben blaß vorüberhuschen, werden als leuchtende Bilder oder klingende Worte erlebt; leichte Mißempfindungen, z. B. Erschwerungen des Atmens, gehen für den Träumer mit schwerer Todesangst einher. Ein primitiv-phantastisches Erleben mit starker Neigung zum Zerfall, so stellt sich das Traumerleben dar.

Damit ist aber nur Formales über den Traum ausgesagt; unbedenklich darf Freud gefolgt werden, wenn er betont, daß für das inhaltliche Moment diese Gesichtspunkte nicht ausreichen. Wenn z. B. ein Träumer durch Herzbeschwerden zu Angstträumen disponiert wird, so bleibt die — rein psychologische — Frage dadurch unberührt, woher er nun das Material zu diesen Angstträumen nimmt. Tritt dann immer eine eigenartige, oft sehr komplizierte Situation im Traumerleben auf, die keine deutlichen Bezeichnungen zum Tageserleben der jüngsten Vergangenheit hat, so ist die rein psychologische Frage nach der Psychogenese dieses Gebildes selbstverständlich ebenso berechtigt, wie eine mehr physiologische Betrachtung des gesamten Traumerlebnisses in seiner Abhängigkeit von Kreislaufstörung, Atemnot, Herzangst usw. Keinesfalls bedeutet die psychologische Beschäftigung mit dem psychischen Material einen „Rückfall in vorwissenschaftliche Zeit" oder eine „Altweiberpsychiatrie", wie manche doktrinäre Heißsporne meinen. Es kann gar keinem Zweifel unterliegen, daß im Traumerleben oft sehr wertvolles Material für die psychologische Bearbeitung vorliegt; die klinische Praxis hat dies ja auch schon lange anerkannt. Es sei nur an die ganz allgemein wissenschaftlich anerkannte hohe Bewertung der Träume in der Beurteilung sexueller Perversitäten erinnert, wo ihnen und den Onaniephantasien von jedem Sachverständigen größte Beachtung geschenkt wird.

So kann es auch keineswegs wundernehmen, daß die eingehende Beschäftigung mit dem Traumleben, als einem hemmungsfreieren, oft sehr wertvolles Material in der Psychologie des Alltages und der Psychopathie liefert. Leider hat Freud auch auf diesem Gebiete durch allzu genaues Mechanisieren und einseitiges Verarbeiten von der Verdrängungsseite aus sich selbst um Wertvollstes betrogen; so kommt er zu den doktrinären Schlußfolgerungen, daß jeder Traum ein — verdrängter — Wunsch sei, und zwar meist ein infantiler. Er hätte selbstverständlich mit „Verdichtung", „Verschiebung" usw. genau so gut das Gegenteil beweisen können.

Bei möglichster Sachlichkeit und gestützt auf die Beobachtung freier Assoziationen sehr zahlreichster Normaler, Nervöser und Geisteskranker im Anschluß an Traummaterial kann die Allgemeingültigkeit der Freudschen Aufstellungen nicht anerkannt werden; selbstverständlich gibt das Traumerleben, in dem Selbst- und Fremderziehungshemmungen stark gemindert sind, oft ganz

überraschendes Material. Auch werden die aus dem Halbwachen erinnerten Traumbilder nicht selten rudimentärer Gedankenteile, bildhaft gesehen, verraten; phantastische Kräfte spielen hier, wie in Dichtung, Wunsch und Erinnerung, und freies Assoziieren von den prima vista oft fremdartigen und abstrusen Traumgebilden wird oft zu sehr überraschenden Einblicken führen.

So produzierte ein 20jähriger Zwangskranker meiner Beobachtung, ein Avantageur von A., sehr zahlreiche „Bilder", die er selbst in klare und unklarere einteilte und meist zeitlich sehr gut unterbringen konnte. Die Bilder rollten sich vor ihm ab, sobald er sich passiv einstellte. Der übernormal intelligente Kranke, der ausgezeichnet kombinierte, war nun sehr erstaunt, als im Zuge von allerlei alltäglichen, meist durch besondere, gemeinsame Affektlage verbundenen Reminiszenzen, die er in meiner Abwesenheit notierte und in die Sprechstunde mitbrachte, folgende Bilder auftauchten. Ein Onkel hatte ihm, als er noch nicht zur Schule ging, einen Kinoapparat geschenkt. Als nun abends die Vorstellung stattfand, hatte Patient einen Film ausgesucht, auf dem Soldaten marschierten. Es war ihm schon, da er an Dunkelangst litt, wenig behaglich, daß die Vorstellung im abgedunkelten Raume vor sich gehen mußte; als der Soldatenfilm ablief, trat seine 2 Jahre ältere Schwester vor und zeigte mit der Hand auf die marschierenden Soldaten. Da geriet der Kranke in starke ängstliche Erregung; er hatte nämlich die unabweisbare Vorstellung, der Finger der Schwester würde mit den marschierenden Soldatenbeinen davonlaufen. Unmittelbar danach stellte sich ein phantastisches Bild ein; A. sah sich, etwa 4jährig, im Kinderzimmer mit seiner Schwester, die nur mit einem armfreien Hemdchen bekleidet war. Er faßte ihren Arm, zog und riß ihn aus. Die Schwester blickte ihn nur vorwurfsvoll an, äußerte aber keinerlei Schmerz; es entstand auch keine Wunde, floß kein Blut, sondern die Enden schlossen sich „so wie bei Bratwurst, die man auseinander zieht". Gleich nachher folgte ein weniger klares Bild „wie ein Gefühl", sagte A., daß die Schwester doch zwei Arme habe. Näher nach dem Arme gefragt, gab A. an, er habe den Arm am Handgelenk gefaßt, dessen Hand zur Faust geballt gewesen sei; so am Handgelenk angefaßt, habe der Arm steif in die Luft gestanden, er sei drehrund gewesen, ohne Gelenk, auffallend weiß und sehr warm und auffallend kurz. Bemerkenswerterweise hatte der Kranke mit ca. 4 Jahren seine erste, wie er sagte „unbewußte" Onanieperiode und später langwierige hypochondre Obsessionen im Anschluß an

masturbatorische Erlebnisse. Daß er hier zwei so eigenartige „Bilder" produzierte, die mit seiner Schwester verknüpft waren, mußte natürlich auffallen. In solchen Fällen das Material phantastischer Vorstellungen ungenutzt lassen, wäre völlig verfehlt; ihre Bearbeitung hat dreifachen Nutzen. Sie lehrt Niederschläge der seelischen Entwicklung kennen, gibt unersetzlich wertvolle Einblicke in die individuelle Eigenart phantastischen Erlebens — sozusagen den Stil der individuellen Phantasie — und hilft oft, Symptome psychogenetisch zu durchschauen; in diesem Rahmen wird auch eine kritische Beobachtung des Traummateriales sehr wertvolle Dienste leisten.

Isserlin, der um die rein theoretische Kritik der Psychoanalyse sich verdient gemacht hat, möchte alle diese Arbeiten unter den Begriff einer erweiterten Anamnese fassen; wer vorurteilslos psychotherapeutisch arbeitet, wird begründete Zweifel hegen, ob man eine solche „Anamnese" aus der Therapie sondern kann. Es handelt sich für den Patienten dabei um ein Erarbeiten von Selbsterkenntnis und Selbstbeherrschung auf Grund der neugewonnenen Einsicht; also doch wohl um sehr wesentlich therapeutische Faktoren, wie das auch alle Beobachter anerkannt haben, die sich vor und mit Freud diesen Problemen gewidmet haben, wie Janet, O. Vogt und zahlreiche Bearbeiter des Hypnotismus, besonders der hypnotischen Hypermensie.

Je höher die Bedeutung dieser Arbeit in kritischer Gestaltung eingeschätzt wird, um so mehr wird man bedauern, daß Freud durch vorzeitiges Schematisieren scheiterte.

Der entscheidende Punkt, das muß trotz gegenteiliger Ansicht auch gemäßigter und liberaler Freudanhänger immer wieder betont werden, ist Freuds einseitige Einstellung auf das Sexuelle. Darum ist es berechtigt und im Interesse sachlich-analystischer Forschung geboten, die Psychoanalyse im engeren Sinne als Sexualpsychoanalyse Freuds zu kennzeichnen.

Von der Psychokatharsis, die hypnotisch-rekonstruktiv arbeitete, ging Freud zur Rekonstruktion im Wachzustand über und verfolgte die Reminiszenzenketten immer weiter zurück; stets mit der Einstellung auf Freudsches, d. h. sexuell Verdrängtes. Sexuelle Traumen der Psyche in der Kinderzeit waren ihm einst letzte Erklärung für hysterische Symptome „wirkliche Irritationen der Genitalien", „koitusähnliche Vorgänge". Danach konnte kein Zweifel sein, daß Freud damals „sexuell" im allgemein üblichen

Sinne auffaßte. Aber bald lehrte ihn die weitere Beobachtung, daß diese „Reminiszenzen" oft keine „Reminiszenzen", sondern Phantasien waren, die mit der Prätension echter Erlebnisse auftraten. Freuds Stellung zum Sexuellen muß für einen Arzt eigenartig gewesen sein; so berichtet er in einem historischen Rückblicke, daß er als junger Arzt sehr erstaunte, wie ihm ein Kollege als Rezept für die Hysterie empfahl „recipe membrum virile q. s.". So war es ihm anscheinend auch überraschend, erotisch-spielerische Betätigungen bei Kindern zu finden. Hatte er ihnen zunächst bei Neurosen als einem Sonderbefunde enorme Bedeutung beigelegt, so sah er bald, daß auch die Mehrzahl der Normalanamnesen solche Daten enthält. Und nun schuf er eine „Sexualtheorie", die diesen ihm neuen Befunden gerecht werden sollte. Ebenso wie Traum und Alltag, wurde jetzt die Sexualentwicklung nach dem Verdrängungsprinzip dargestellt. Während früher der Beginn der Sexualität im eigentlichen Sinne in die Pubertätszeit gelegt wurde, vindiziert Freud schon dem Säugling sexuelles Erleben, daß einer „organischen" Verdrängung anheimfällt, bei der aber auch Scham- und andere Abwehrmechanismen psychischer Art beteiligt sind. Später, mit 4—7 Jahren setzt eine infantile Sexualität ein, die dann zu den Pubertätserlebnissen überleitet; infantil-sexuelle Betätigungen können, wie die des Erwachsenen, der Verdrängung anheimfallen, und infantil sexuelles verdrängtes Material muß aus dem Unbewußten in Traum, Dichtung, Krankheit und anderen ganz oder teilweise phantastischen Produkten wirksam sein. Während die Säuglings- und Infantilsexualität ihr Objekt am eigenen Körper sucht, „autoerotisch" ist, richtet sich die normale Sexualität des Erwachsenen nach außen; da die Säuglings- und Infantilsexualität noch zielunsicher ist, haftet sie sich an die nächsten Objekte und beschäftigt sich daher, wenn nicht rein autoerotisch, mit den Personen der Umgebung, den Angehörigen. Vater, Mutter und Geschwister werden Objekte der kindlichen „Sexualität", der Infantillibido.

Diese Thesen Freuds riefen statt sachlicher Kritik einen Sturm der Entrüstung wach; und während die Psychoanalytiker durch eifriges Sammeln von Beobachtungen kindlich-sexueller Erlebnisse, ja durch „Analysen" von sechsjährigen Kindern ihre Anschauung zu beweisen suchten, mehrten sich die Stimmen der Kritik, die der Psychoanalyse jeden Wert absprachen. Natürlich sehr zu Unrecht. Die historische Betrachtung lehrt ohne weiteres, wie Freud, von der Psychologie des hysterischen Symptomes

ausgehend, den grundlegend wichtigen Verdrängungsmechanismus fand, und nun, lediglich durch seine eigenartige Einstellung auf „das Sexuelle“ und die starre Anwendungsweise seiner Mechanismen, formal entgleiste. Daß er dabei eine Fülle von glänzenden Anregungen gab, ist den meisten Kritikern entgangen.

Gewiß war er auf „das Sexuelle“ eingestellt; aber indem er es konsequent bis in die Säuglingszeit zurückverfolgte, wandelte es sich ihm unter den Händen, und er begann von „Sexuellem“, von „libido“ in „seinem“ „erweiterten“ Sinne zu sprechen, der dem des Wortes „Liebe“ entspräche. Nun wird man gerne zugeben, daß die „Liebe“ des Kindes zunächst der Umgebung gehört usw.; man wird auch anerkennen, daß animale Genüsse frühkindlicher, vielleicht der Säuglingszeit Analogien zum animalen Genußleben des Erwachsenen zeigen, mag dies nun Ausdruck einer Veranlagung sein — die Freud als „sexuelle Konstitution“ ja doch schließlich auch für den analytisch gereinigten Säugling annehmen muß! — oder hin und wieder bei einem Phantasiemenschen ein unbewußter Kindertraum anklingen, so daß er z. B. leidenschaftlich raucht, wie er früher am Daumen lutschte — jedenfalls ist nun das „Sexuelle“ ein Allgemeinwort für Gefühlsbeziehung geworden.

So führt die abstruse Irrfahrt über mancherlei Stationen; z. B. ist der „Analerotiker“ bemerkenswert. Freud sagt, das Kind könne aus allerlei Quellen Lust schöpfen, es sei „polymorphpervers“ und habe zahlreichste „erogene Zonen“ an seinem Körper. Eine solche ist auch der Mastdarm, den das Kind z. B. durch Zurückhalten des Stuhles reizen könne. Solche „Analerotiker“ zeigen dann später charakterologisch bestimmte Eigenheiten; sie sind fleißig, ordentlich, pünktlich und sparsam. Aber wer in all dieser terminologischen Verbohrtheit nicht Halt macht, sondern versucht, durch sie hindurch zu den Problemen zu dringen, wird erstaunen, wieviel Wertvolles sich ihm erschließt.

Vor allen Dingen die Einstellung des nervösen Kindes der häuslichen Umgebung gegenüber.

Hier hat die eigenartige Freudsche Terminologie und Konstruktivität bereits zu festen Beziehungsdaten geführt; das „libidinös“ eingestellte Kind sucht in den Eltern sein Ziel. So bindet sich der Sohn an die Mutter, die Tochter an den Vater und stellt sich dem gleichgeschlechtlichen Elter in Eifersucht feindlich gegenüber; Freud bezeichnet diese Einstellung als Produkt des „Ödipuskomplexes“. Der Ausdruck „Komplex“ ist von der Züricher Schule übernommen, deren Führer, Bleuler, das große Verdienst zu-

gehört, vorurteilslos die Freudschen Anregungen weiterverarbeitet zu haben. In der Terminologie der Züricher Schule werden Vorstellungsmassen, die, namentlich unterbewußt, das seelische Geschehen stark beeinflussen, als „Komplexe" bezeichnet. Wenn z. B. ein Nervöser bei jeder Erinnerung an seine Schulzeit mit heftiger ärgerlicher Erregung reagiert, so „hat er einen Schulkomplex"; in diesem Sinne spricht nun auch Freud vom „Ödipuskomplexe" und es gelang ihm, den Einfluß dieser Stellungnahme vieler Nervöser zu ihren Eltern in feinsinniger und glaubhafter Weise darzustellen. Die Rolle des Vaters im Schicksal des Einzelnen, die unwiderstehliche Macht unbewußter Bindung an kindliche Ideale, an die „imago" der Eltern, ist eine wesentlichste psychologische Bereicherung. Wie z. B. in einer Berufswahl noch die Opposition, der kindische Trotz gegen den Vater, in einer sonst unverständlichen leidenschaftlichen Zuneigung die Fixierung an die „imago" der Mutter hervortritt. Es wird mir stets unvergeßlich bleiben, wie ich im Arbeitszimmer eines sehr bekannten Arztes auf ein über dem Schreibtische hängendes Ölgemälde hinwies und meiner Bewunderung des herrlichen, sprechend ähnlichen Porträts seiner Frau Ausdruck gab, aber zur Antwort erhielt: Sie irren, es ist das Bild meiner Mutter!

Zum Verständnis dieser unbewußten Fixierungen sind keinerlei komplizierte Deutekünste nötig; sie sind auch aus den Zerrbildern vieler sexueller Perversitäten, namentlich fetischister Art, bekannt genug, von denen bereits Westphal und Krafft Ebing betonen, daß sie in die Kinderjahre zurückreichen. Es ist ein großes Verdienst Freuds, den Blick für entsprechende Zusammenhänge anf charakterologischem Gebiete geschärft zu haben.

Wie ein Übermaß affektiver Bindung an die „imago", an das unbewußte Kinderideal, häufig bei Neuropathen einwandfrei erweislich ist, so stellen andererseits auch diejenigen psychopathischen Zustände Alltäglichkeiten dar, in denen die Teilnahme am realen Leben eine krankhaft geringe ist, wo in der Freudschen Terminologie die „libido" nicht frei zur Disposition steht; hier kann eine Aufarbeitung und Klärung des Phantasielebens, namentlich mit Berücksichtigung unbewußten, durch freies Assoziieren gewonnenen Materiales oft sehr Gutes leisten. Allerdings wird der kritische Psychotherapeut alles analytische Arbeiten nicht als alleinige Methode und als Panacee verwenden, sondern dem analytischen Vorgehen, gleich der Hypnotherapie, den gehörigen Platz im Rahmen universeller Psychotherapie einräumen; er wird nicht

im Dogmenkreise Freuds haften bleiben, so sehr er ihm als zweifellos dem eigensten und reichsten Geiste unter den modernen Psychotherapeuten Dank wissen wird.

Hat doch auch die geschichtliche Entwicklung der Freudschen Bewegung selbst, der diese Darstellung zunächst folgt, schon an mehreren Stellen über Freud hinausgewiesen.

Am bedeutendsten in der Züricher Schule; ihr Führer, Bleuler, der in jahrelanger persönlicher analytischer Arbeit die Gesichtspunkte Freuds an Neurosen und Psychosen prüfte, hat in entschiedener Weise die übermäßige Betonung der Sexualität zurückgewiesen, ohne darum den Reichtum fruchtbarer Anregung zu verkennen, der ihm von Freud geworden ist. Bleuler schuf einen prägnanten Terminus für eine psychotherapeutisch eminent wichtige, von ihm zum ersten Male in ihrer ganzen Eigenart und Bedeutung erkannte Erscheinung, die „Ambivalenz". „Ambivalent" ist ein Kranker eingestellt, wenn ein Objekt zu gleicher Zeit widersprechende Gefühle, z. B. Liebe und Haß, einflößt, so daß der Reaktionsverlauf entsprechend unsicher, widerspruchsvoll oder gehemmt wird. Meist spielen bei diesen „ambivalenten" Einstellungen unbewußt konstellierende, beeinflussende Faktoren eine große Rolle. Auch durch Beobachtungen an suggestiv kaum beeinflußbaren Geisteskranken suchte Bleuler die Thesen Freuds zu prüfen. Zu experimentell-psychologischen Ergänzungsmethoden griff sein Schüler C. G. Jung. Wie Freud beim Aufgeben der hypnotisch-psychokathartischen Methode von der Prämisse ausging, es müsse das Verdrängte sich auch im Wachleben als wirksam nachweisen lassen und so die Wach-deute-Methode der eigentlichen Psychoanalyse schuf, suchte Jung das Wirken unterbewußten verdrängten Materiales durch experimentelle Methoden nachzuweisen.

Er benutzte hierzu den sogenannten „Assoziationsversuch", der besser als Reaktionsversuch bezeichnet wird. Seine Ausführung gestaltet sich so, daß der Versuchsperson eine Reihe von Worten als Reiz zugerufen wird; die Versuchsperson hat hierauf mit dem ersten einfallenden Wort zu reagieren oder, wenn ein solches sich nicht sogleich einstellt, den eigenen Zustand zu schildern, besonders mit Rücksicht darauf, ob irgendeine Erinnerung, ein Ton, ein Bild oder dgl., oder sonst irgend etwas Besonderes von ihr erlebt sei. Die Zeit vom Erklingen des Reizwortes bis zur Reaktion der Versuchsperson, im normalen Falle dem Reaktionsworte, wird mit einer Rennuhr in $^1/_5$ Sekunden gemessen. Derartige Reaktionsversuche waren zuerst von psychologischer Seite angestellt worden,

um den Vorstellungsablauf und die Verknüpfung der Vorstellungen, ihre „Assoziation" zu untersuchen; man fand, daß meist Reiz- und Reaktionswort in bestimmter, leicht erklärbarer Beziehung formaler, inhaltlicher oder struktureller Art standen; so waren oft klanglich ähnliche Worte nachweislich (Affe . . . Waffe); oder statt solcher formaler traten inhaltliche Beziehungen auf, indem Gegensätze (hell . . . dunkel), Partialität (Hand . . . Finger) oder ähnliches auftrat; endlich waren häufig psychisch strukturelle Gemeinsamkeiten, indem Reiz- und Reaktionswort durch örtliche oder zeitliche Entstehungs- oder Erlebensgemeinsamkeit verknüpft waren. Während nun die psychologische Laboratoriumsforschung durch Reaktionsversuche allgemeinpsychologische Fragen zu fördern suchte, hatte die Psychiatrie den einfach auszuführenden Reaktionsversuch schon längere Zeit zur Psychodiagnostik der Geisteskrankheiten (Kraepelin, Sommer, Ziehen, Aschaffenburg) und zum Studium der normalen und pathologischen Kinderseele (Ziehen) herangezogen. Der Züricher Schule blieb es vorbehalten, den „Assoziationsversuch" auf das Gebiet der Neurosen zu übertragen; Jung hat hierbei sehr wertvolles Material gewonnen. Er konnte nachweisen, daß beim Anrühren bewußter oder unterbewußter, affektiv stark betonter Vorstellungsmassen, der „Komplexe", durch das Reizwort das Reaktionswort und die Reaktionszeit abgeändert wird. Die Reaktionszeit meist im Sinne einer Verlängerung, die, obwohl oft sehr erheblich, der Versuchsperson vielfach gar nicht zu Bewußtsein kommt, das Reaktionswort in formaler oder inhaltlicher Beziehung. Außerdem zeigt die Versuchsperson meist ein eigenartiges „verlegenes" Verhalten oder sie produziert ein Symptom im Sinne des Freudschen „Mitsprechens".

Wie deutlich oft die „Komplexreaktionen" aus den übrigen Reaktionen herausfallen, mögen einige Beispiele zeigen.

So lieferte eine weibliche Versuchsperson bei Jung sehr gleichmäßige, „normale" Reaktionszeiten und unauffällige Reaktionsworte, bis das Reizwort „verachten" ertönte; hierauf reagierte sie mit erheblicher Verlängerung der Reaktionszeit und — als Deutschsprechende — mit dem Reaktionsworte „mépriser." Auch die folgende Reaktion zeigte noch eine verlängerte Zeit. Die ganz eigenartige Reaktion erklärte sich dadurch, daß die Versuchsperson in einem französischen Roman gelesen hatte, daß ein Ehemann in der Schwangerschaft seiner Frau sich in Ekel von ihr abwandte. Versuchsperson selbst war schwanger und konnte diese Befürchtung nicht von sich abweisen.

Ein junger Kaufmann meiner Beobachtung, der verlobt war und durch eine eigenartige Gereiztheit gegenüber Kindern auffiel, lieferte 1904 in einem sonst regelrechten Assoziationsversuche auf das Reizwort „Kind" eine auffällig verlängerte Reaktionszeit und das Reaktionswort „gerne"; 1910 hatte ich Gelegenheit, ihn als ungemein zärtlichen Vater einer ziemlich zahlreichen Familie wieder zu sehen. Seine damalige Einstellung erklärt sich dadurch, daß er seiner pekuniären Lage wegen noch nicht in der Lage war, eine Familie zu gründen und nun, gleichsam als Abwehr, sich Kindern gegenüber feindlich einstellte, während der Reaktionsversuch seiner ursprünglichen Einstellung entsprach.

Ebenfalls in einem sonst völlig unauffälligen Assoziationsversuch reagierte ein 25jähriger Arzt auf das Reizwort „süß" mit starker Verzögerung, Verlegenheitsbewegungen und dem Reaktionswort „Wald"; auch die folgende Reaktion zeigte noch stark verlängerte Zeit, aber ohne formale oder inhaltliche Sonderheiten. Die Versuchsperson kämpfte mit einer tiefen Neigung zu einem jungen Mädchen „Susi Walden"; es lag ihm sehr daran, diesen Umstand völlig, auch vor dem Versuchsleiter geheim zu halten.

Wie hier das Reizwort in einem ganz besonderen Sinne aufgefaßt, im Sprachgebrauch der Assoziationspsychologie „assimiliert" wird, so auch in einer hübschen Beobachtung von Jung. Hier reagierte die Versuchsperson auf das Reizwort „gelb" mit „viel", indem „gelb" als „Geld" aufgefaßt wurde.

Die Beispiele ließen sich leicht vermehren; sie zeigen, daß wenn stark Gefühlswertiges durch das Reizwort oder seine Auffassung berührt wird, die Reaktion nicht selten beeinflußt wird. Das Affektive braucht darum nicht unterbewußt zu sein. Darum greift der „Komplex" der Züricher Schule über die Freudschen Thesen hinaus; er umfaßt auch die bewußte Affektivität. Es muß daher bei der Verwertung der Reaktionsresultate durch eingehende Beobachtung der Versuchspersonen und namentlich ausführliche Erläuterung der Reaktionen durch die Versuchspersonen selbst festzustellen versucht werden, ob es sich bei den auffallenden Reaktionen um allgemein-menschliche „Komplexe", sogenannte „Allgemein"- oder „physiologische" Komplexe handelt, oder um solche, die nur aus der Eigenheit der Versuchsperson verständlich sind, um „Individualkomplexe". „Allgemeinkomplexe" werden im allgemeinen anzunehmen sein, wenn das Reizwort aus einem Lebensgebiete stammt oder ein solches weckt, das für jeden

Menschen stark gefühlsbetont ist, wie „Ehre", „Vermögen", Leiden", „Haß", „Heimat" usw.

Wer psychotherapeutisch arbeiten will, muß namentlich selbst einige Male als Versuchsperson gedient haben, um die Zwangsläufigkeit des Reaktionserlebens richtig beurteilen zu können; zur Erreichung guter Resultate soll der Reaktionsversuch ziemlich flott arbeiten. Die Reaktionen sollen unmittelbar in der Entstehung zurückgerufen werden, und das nächste Reizwort sogleich anschließen. So mechanisiert sich bei indifferenten Reizworten der Vorgang derart, daß die Reaktionszeiten gleichmäßig werden und in vielen Fällen die Versuchsperson das eigene Reizwort erst „hört", wenn es schon gesprochen ist. Damit ist dieselbe passive Einstellung gegeben, auf deren Bedeutung für analytisches Arbeiten schon wiederholt hingewiesen wurde. Ist die Einstellung — nach Reaktionstypus oder besonderen Umständen — keine so völlig glatt mechanische, so bleibt der Versuchsperson eine gewisse Kontrolle ihrer Reaktionen. Gerade dann ist die Selbstbeobachtung bei „Komplexreaktionen" besonders lehrreich; denn sie stellen sich so zwingend ein, daß der Versuch sie abzuändern oder zu ersetzen, zu einer völligen Hemmung führt; es entsteht mindestens eine grobe Verlängerung der Reaktionszeit, meist ein Reaktionsausfall.

Für die Zusammensetzung der Reizwortreihe zum Studium affektiver Mechanismen, lassen sich nur allgemeine Gesichtspunkte geben. Die Reizworte sollen nicht mehr, als zwei Silben lang und durchaus Alltagsmünze sein, da sonst selbstverständlich Störungen ganz anderer Art einsetzen; dabei ist der Bildungsgrad der Versuchsperson genau zu berücksichtigen. Die Reizreihe soll so gebaut sein, daß zunächst 40—50 möglichst indifferente Reizworte zur Mechanisierung führen und dann einzelne Testworte in möglichst indifferenter Umgebung eingestellt werden. Doch ist diese Idealforderung nur in den seltensten Fällen verwirklicht, da es ungemein schwierig ist, auch nur die „Allgemeinkomplexe" zu meiden, und „Individualkomplexe" auszuschalten eine ganz intime Kenntnis der Versuchsperson vorausgesetzt. So kann durch irgendeine assoziative Verbindung ein mit aller Vorsicht gewähltes und als indifferent gerechnetes Wort jederzeit zu einer komplexhaften Individualreaktion führen. Es beeinflußt aber, wie oben bei den Beispielen demonstriert, eine „Komplexreaktion" meist auch noch die erste oder die ersten folgenden, mindestens hinsichtlich der Reaktionszeit und kann die schon an und für sich schwierige Beurteilung aus dem Versuche heraus unmöglich machen. So wird

in den meisten Fällen das Entscheidende die an den Reaktionsversuch anschließende Selbstschilderung der Versuchsperson sein; als Wegweiser und zu schematischer Vororientierung vor Einleitung einer Behandlung ist ein „Assoziationsversuch" stets sehr brauchbar. Der Verwendung eines festen Schemas ist zu widerraten.

Nach Jungs Vorgang kann der Versuch mit derselben Reihe nach kürzerer oder längerer Pause wiederholt werden; meist werden bis zu 80% gleiche Reaktionen geliefert. Komplexreaktionen sollen bei diesen „Reproduktionsverfahren" ungenauer reproduziert werden. Ein sehr zweckmäßiger, meines Wissens von mir zuerst angegebener Kunstgriff besteht darin, während des Versuchs, wenn die Reaktionszeit gut mechanisiert ist, Reaktionsworte der Versuchsperson als Reizworte in den Versuch aufzunehmen, namentlich, wenn sie irgendwie nach Zeit oder Ort auffällig und „komplexverdächtig" sind. Häufig ergeben sich dann weitere Reaktionen, die geeignet sind, die retrospektive Selbstschilderung sehr zu unterstützen und auch das beobachtete Verständnis zu führen.

Jungs Beobachtungen blieben nicht unwidersprochen; namentlich wies sachliche Kritik nachdrücklich darauf hin, über dem Konstruieren affektiver Mechanismus nicht rein mechanisch erklärende Momente außer acht zu lassen, da namentlich Verlängerungen der Reaktionszeit selbstverständlich ungemein vieldeutig sind. Daß aber bei kritischer Handhabung die Versuchsanordnung sehr geeignet ist, brauchbare Aufschlüsse zu geben, beweisen anschließende Untersuchungen der sogenannten *„Tatbestandsdiagnostik"*. Sie sollen hier einmal als Bestätigung und Ergänzung der Lehre von den Komplexreaktionen kurz dargestellt werden, zum anderen, weil ihre Fragestellung auch psychotherapeutisch von Bedeutung sein kann.

Die Bleuler-Jungsche Komplexforschung stellte die Frage, ob und welche affektiven Reaktionen eine Versuchsperson bietet, namentlich um damit „unterbewußten" affektiven Einflüssen auf die Spur zu kommen; sucht die „Komplexforschung" so nach Material, das oft der Versuchsperson selbst fremd ist, so macht die „Tatbestandsdiagnostik" es sich zur Aufgabe, durch Reaktionsversuche zu klären, ob die Versuchsperson von einem bestimmten Ereignis Kenntnis hat? Als ideales Ziel winkte die „Diagnose" des Verbrechens.

In der Tatbestandsdiagnostik vermehrt sich die technische Schwierigkeit gegenüber dem Komplexversuche in einer Beziehung;

während der Komplexversuch „Individualkomplexe" sucht, muß der tatbestandsdiagnostische Versuch anstreben, auch diese auszuschalten, und seine Reizwortreihe so zu konstruieren, daß die Reizworte des eigentlichen Versuchsobjektes in einer sonst völlig indifferenten Reihe stehen. Es sei z. B. der Versuch so geleitet, daß von 30 Versuchspersonen 15 gesehen haben, daß der Versuchsleiter — experimenti causa — seinen Institutsdiener geschlagen hat, während 15 nicht zugegen waren; nun wird sofort mit jedem der 30 ein Reaktions- und Reproduktionsversuch gemacht, in dem die Reizworte als Test dienen, die eine Erinnerung an die Versuchsszene zu wecken geeignet sind. Der Versuch kann unwissentlich und wissentlich angestellt werden, jedenfalls erhält jede Versuchsperson, die den Vorgang sah, die Weisung, ihn „diskret" zu behandeln. Außer den Reizworten, die dem Tatbestande des Versuches zugehören, müßten lediglich indifferente Reizworte gegeben werden, und das ist völlig unmöglich. So erfordert die Auswertung der Reaktionsergebnisse viel Zurückhaltung. Immerhin ist es in einer Reihe von Fällen gut gelungen, aus einer größeren Zahl von Versuchspersonen diejenigen durch Reaktionsversuche zu erkennen, die von einem bestimmten Ereignis Kenntnis hatten, also eine Tatbestandsdiagnostik zu vollziehen, trotz ausgesprochener Verheimlichungsanstrengung der Versuchsperson.

Der Anwendung in der forensischen Praxis stehen neben juristischen aber doch auch erhebliche psychologische Bedenken entgegen; zunächst kann ein Angeklagter sich weigern, auf den Versuch einzugehen, oder durch willkürlich sinnloses Reagieren sich sperren. Dieses Ausweichen ist leicht daran zu erkennen, daß die Reaktionsworte von der Versuchsperson aktiv gewählt werden und daher unter sich einen gewissen assoziativen Zusammenhang verraten. Sie werden dann auf das — als sinnlos genommene — Signal des Reizwortes einfach produziert, sind aber selbst nicht „sinnlos", da es zu den schwierigsten Aufgaben gehört, sinnlos zu reagieren (Messer). Nur ganz ausnahmsweise finden sich, wie die Beobachtungen der tatbestandsdiagnostischen Forschung zeigten, Versuchspersonen von so außerordentlicher seelischer Beweglichkeit, daß sie im Versuche ausweichen. Anscheinend gelingt dies besonders manchen phantasiebegabten Frauen, namentlich Hysterischen. Andererseits müssen die Reizworte so gewählt werden, daß nur solche Einzelheiten des Tatbestandes unter ihnen fungieren, von denen lediglich der mutmaßliche Täter, nicht aber ein unschuldig Angeklagter, Kenntnis hat; jeder Angeklagte wird ja mit

dem Verbrechen als solchen mindestens dieselben Affekte der Sorge und Spannung verbinden, da er, besonders bei schweren Verbrechen, befürchten muß, einem unbegründeten Verdacht zum Opfer zu fallen. Trotz aller dieser Schwierigkeiten sind auch gelungene „Verbrecherdiagnosen" mitgeteilt worden.

Sachliche Beurteilung wird das hohe theoretische Interesse dieser Feststellungen trotz aller praktischen Bedenken anerkennen; bei scharfer Kritik, sorgfältiger Technik und guter Beobachtung der Versuchsperson leisten die Reaktionsversuche oft Ausgezeichnetes. Es wurde schon betont, daß oft namentlich das Verhalten der Versuchsperson äußerst verräterisch ist; Erröten, Erblassen, impulsives Lachen — von der Züricher Schule direkt als „Komplexlachen" bezeichnet — und allerlei, oft der Versuchsperson gänzlich unbewußte motorische und sensible Absonderlichkeiten sind von größter Bedeutung. Wie hier die affektiven Erlebnisse sich körperlich manifestieren, so auch in einer Abart des Reaktionsversuches; dem sogenannten „psychogalvanischen Reflexphänomen" (Veraguth). Wird die Versuchsperson in einen elektrischen Strom eingeschaltet, so zeigt dieser bei „Komplexreaktionen" auffällige Schwankungen, die wohl durch Widerstandsveränderungen der Haut durch vasomotorisch-trophische Einflüsse zu erklären sind.

Die äußere Versuchsanordnung ist wenig wesentlich und darum für die psychotherapeutische Praxis der einfache Wortreaktionsversuch mit $^1/_5$ Sekunden Zeitmessung am empfehlenswertesten; mit seiner Hilfe konnte Goett in einem Falle unklarer Erkrankung bei einem Kinde nachweisen, daß Fremdkörper in die Blase praktiziert waren, und so die Tatbestandsdiagnostik ärztlich erfolgreich verwerten.

Durch die positiven experimentellen Ergebnisse der Tatbestandsdiagnostik haben die Jungschen Assoziationsstudien über Komplexpsychologie eine wesentliche Unterstützung und Bestätigung erhalten; es sei deshalb daran erinnert, daß Jung bei Neurosen, besonders bei Hysterischen, auffallend häufig Zeichen von „Komplexreaktion" beobachtete, eine experimentelle Bestätigung der klinischen Allgemeinerfahrung von der Bedeutung der Affekte im bewußten und unterbewußten Leben dieser Kranken.

So ergänzte die Züricher Schule durch exakte Methoden die wertvollen Anregungen Freuds; Jung selbst führte den weiteren Ausbau der psychoanalytischen Anschauungen zu psychoanalytisch ganz neuen, allgemein psychotherapeutisch wenig überraschenden Gesichtspunkten. In richtiger Erkenntnis der Verschwommenheit

des Freudschen Sexualitätsbegriffes setzte sich Jung mit ihm dahin auseinander, daß nun „libido" eine allumfassende Formel für alles Affektive und Triebhafte wurde; an die Stelle von Triebkonflikten traten Menschheitskonflikte. Damit fand schon eine starke Annäherung an die allgemeine Psychotherapie statt. Aber auch mit der letzten Eigenart der Psychoanalyse brach Jung; sie war ihrer Entstehung und Art nach eine historisch-psychologische Methode; nach dem Gesichtspunkte der Triebveränderung wurde versucht, die Vorgeschichte rekonstruktiv zu gewinnen mit besonderer Berücksichtigung des Unbewußten, und aus dem Gewonnenen sollte das Symptom kausal abgeleitet werden. Die Dämonen der Vergangenheit sollte die Psychoanalyse bannen. Jung stellte sich dieser rein historisch-trieb-psychologischen Arbeit kritisch gegenüber; bei aller Anerkennung der großen Verständnisbereicherung durch die Psychoanalyse im alten Sinne weist er nachdrücklich darauf hin, daß allein die Bearbeitung und Klärung der Entstehungsgeschichte, der Psychogenese eines Symptomes und einer Neurose nicht ausreicht; Symptom und Neurose haben vor allen Dingen ihren Sinn in Gegenwart und Zukunft; sie sind Abwehr- und Verteidigungsmittel, unbewußte Selbsthilfen, und die eingehendste Aufhellung der Psychogenese wird nie als Behandlung genügen, solange das Symptom oder die Neurose unentbehrliche oder doch äußerst wertvolle Hilfe im realen Leben ist. Der aktuelle Konflikt, die aktuelle Störung der Lebensbilanz ist das Entscheidende. Damit sagte einer der bedeutendsten Anhänger Freuds sich prinzipiell von der doktrinären Psychoanalyse los; er überwand sie und landete bei Feststellungen, die den allgemein kritisch arbeitenden Psychotherapeuten in keiner Weise überraschen. Wie anders nun die Bewertung des psychoanalytischen Materiales wird, zeigt am besten ein Beispiel Jungscher Analyse:

„Ich kenne den Fall einer jungen Dame, die an schwerer Hysterie infolge eines plötzlichen Erschreckens litt. Sie war eines Abends in Gesellschaft gewesen und befand sich etwa um 12 Uhr nachts in Begleitung mehrerer Bekannter auf dem Heimweg, als plötzlich ein Wagen in schnellem Trabe von hinten herankam. Die anderen wichen aus, sie aber blieb, vom Schrecken gebannt, in der Mitte der Straße und rannte vor den Pferden davon. Der Kutscher knallte mit der Peitsche und fluchte; es half nichts, sie rannte die ganze lange Straße hinunter, die auf eine Brücke führte. Dort verließen sie die Kräfte, und, um nicht unter die Pferde zu geraten, wollte sie in vollster Verzweiflung in den Fluß springen, konnte

aber von Passanten daran verhindert werden. . . . Diese selbe Dame geriet in St. Petersburg an dem blutigen 22. Januar zufälligerweise in eine Straße, die gerade vom Militär durch Salvenfeuer „gereinigt" wurde. Rechts und links von ihr stürzten die Menschen tot oder verwundet zu Boden, sie aber erspähte in vollster Ruhe und Geistesklarheit ein Hoftor, über welches sie sich in eine andere Straße retten konnte. Diese schrecklichen Augenblicke verursachten ihr keine weiteren Beschwerden. Sie befand sich nachher ganz wohl, sogar besser aufgelegt als gewöhnlich.

Ein prinzipiell ähnliches Verhalten läßt sich häufig beobachten. Daraus ergibt sich notwendigerweise der Schluß, daß die Intensität eines Traumas offenbar wenig pathogene (krankmachende) Bedeutung besitzt, sondern es muß an den besonderen Umständen liegen. Damit ist ein Schlüssel gefunden, der die Disposition aufschließen könnte. Wir haben uns also die Frage vorzulegen: welches sind die besonderen Umstände der Szene mit dem Wagen? Die Angst begann, als die Dame die Pferde herantraben hörte; einen Augenblick erschien es ihr, als liege darin ein schreckliches Verhängnis, als bedeute das ihren Tod oder sonst etwas Furchtbares; dann hatte sie die Besinnung ganz verloren.

Das wirksame Moment geht offenbar von den Pferden aus. Die Disposition der Patientin, auf dieses unbedeutende Ereignis auf eine so unzurechnungsfähige Weise zu reagieren, dürfte also darin bestehen, daß die Pferde ihr etwas Besonderes bedeuten. Es wäre zu vermuten, daß sie z. B. einmal etwas Gefährliches mit Pferden erlebt hätte. Das trifft tatsächlich zu, indem sie als etwa 7jähriges Kind dabei war, als bei einer Spazierfahrt mit ihrem Kutscher die Pferde scheu wurden und sich in rasendem Laufe dem senkrechten Ufer eines tiefeingeschnittenen Flusses näherten. Der Kutscher sprang ab und rief ihr zu, ebenfalls abzuspringen, wozu sie sich vor lauter Todesangst kaum entschließen konnte. Sie sprang aber doch noch im richtigen Moment ab, während die Pferde mit samt dem Wagen in der Tiefe zerschmettert wurden. Daß ein solches Ereignis tiefe Eindrücke hinterläßt, das braucht wohl nicht erst bewiesen zu werden. Jedoch erklärt es nicht, warum später eine so ungereimte Reaktion auf eine ganz harmlose Andeutung erfolgen sollte. Wir wissen bis jetzt nur soviel, daß das spätere Symptom ein Vorspiel in der Kindheit hatte. Das Pathologische daran bleibt aber dunkel.

Wir verstehen zwar, daß die Pferde im Leben der Patientin sehr wohl eine besondere Rolle spielen können, verstehen aber

nicht die spätere, so ganz übertriebene und unangebrachte Reaktion. Das krankhaft Absonderliche dieser Geschichte liegt darin, daß es die Pferde sind, vor denen sie erschrickt. Erinnern wir uns der oben erwähnten empirischen Erkenntnis, daß auch regelmäßig neben den traumatischen Lebensereignissen eine Störung im Gebiet der Liebe vorhanden sei, so wäre in diesem Falle einmal nachzuforschen, ob in dieser Hinsicht vielleicht irgendetwas nicht in Ordnung ist.

Die Dame kennt einen jungen Herrn, mit dem sie sich zu verloben gedenkt, sie liebt ihn und hofft, mit ihm glücklich zu werden. Sonst ist zunächst nichts zu entdecken. Die Nachforschung darf sich aber durch einen negativen Befund bei oberflächlicher Befragung nicht abschrecken lassen. Es gibt indirekte Wege, wo der direkte Weg nicht zum Ziel führt. Wir kehren deshalb wieder zu jenem sonderbaren Moment zurück, wo die Dame vor den Pferden davonlief. Wir erkundigen uns nach der Gesellschaft, und was es für ein festlicher Anlaß war, an dem sie eben teilgenommen hatte; es war ein Abschiedsessen für ihre beste Freundin gewesen, die wegen Nervosität für längere Zeit in einen ausländischen Kurort reiste. Die Freundin ist verheiratet, und wie wir hören glücklich, auch ist sie Mutter eines Kindes. Wir dürfen dieser Angabe, daß sie glücklich sei, mißtrauen; denn wäre es wirklich der Fall, so hätte sie vermutlich keinen Grund, nervös und kurbedürftig zu sein. An einer anderen Stelle mit Fragen einsetzend, erfuhr ich, daß die Patientin, als ihre Bekannten sie eingeholt hatten, in das Haus des Gastgebers zurückgebracht wurde, da dies die nächste Gelegenheit war, sie unterzubringen. Dort wurde sie in ihrem erschöpften Zustande gastfreundlich aufgenommen. Hier unterbrach die Patientin ihre Erzählung, wurde verlegen und verwirrt und suchte auf ein anderes Thema zu kommen. Offenbar handelte es sich um eine unangenehme Reminiszenz, die plötzlich aufgetaucht war. Nach Überwindung hartnäckiger Widerstände von seiten der Kranken stellte es sich heraus, daß in jener Nacht noch etwas sehr Merkwürdiges passiert war: der freundliche Gastgeber hatte ihr eine feurige Liebeserklärung gemacht, woraus eine Situation entstand, die in Anbetracht der Abwesenheit der Hausfrau als etwas schwierig und peinlich betrachtet werden darf. Angeblich kam ihr diese Liebeserklärung wie ein Blitz aus heiterem Himmel. Dergleichen Dinge aber pflegen immer ihre Vorgeschichte zu haben."

Eine anschließende genaue Analyse ergibt dann, in Jungs poetischer Sprache ausgedrückt:

„Beim Abschiedsfest trat der böse Geist zu unserer Kranken und flüsterte ihr zu: „Heute Nacht ist er allein, es muß Dir etwas geschehen, damit Du in sein Haus kommst." Und so geschah es auch, sie kam durch ihr sonderbares Benehmen in sein Haus und sie erreichte, was sie gesucht hatte."

Das anscheinend „teuflische Raffinement" der Kranken faßt Jung als durchaus unbewußt auf und sucht nun von charakterologischen Gesichtspunkten aus die Neurose zu verstehen; wo Freud lediglich die „libido" walten sieht, ist für Jung der Wille zur Macht geltend, der Kampf um persönliche Behauptung; tiefgreifende, angeborene charakterologische Differenzen stellen sich ihm dar.

Hier begegnet er einem anderen geistvollen und selbständigen Schüler Freuds, dem Wiener Adler; dieser Autor ging von einleuchtenden Alltagsbeobachtungen aus, die mancherlei charakterologische Eigenheiten als Kompensationsbestrebung gegen körperliche Minderwertigkeit auffassen lassen, so z. B. die auffällige Stutzerhaftigkeit vieler Buckliger. Diese Einsicht erhob Adler zum Prinzip und suchte nun, gestützt auf die intime Beobachtungsmethodik der Psychoanalyse und mit weitgehender Heranziehung unterbewußten Materiales die Neurosen als Kompensations- und Selbstschutzbestrebungen zu verstehen. So stellte auch Adler der lediglich historisch-analysierenden Auffassung Freuds eine der Gegenwarts- und Zukunftseinstellung zugewandte, final gerichtete Analytik gegenüber. Auch er hat sich völlig von Freud gelöst und auch seine Thesen führen zur allgemein kritischen Psychotherapie, man möchte sagen „zurück ins Leben".

Die Entwicklung der orthodoxen Psychoanalyse vom beobachtenden Sammeln unbewußter Niederschläge psychischer Traumen zur geschlossenen Theorie der Triebverdrängungen blieb auch auf die psychoanalytische Technik nicht ohne Einfluß; Freud betont selbst, daß jetzt das mühsame Verfolgen der Vorstellungsverknüpfungen des Kranken im einzelnen nicht mehr notwendig sei. Der moderne Psychoanalytiker könne nach Art und Bau des Symptomes dem Kranken schon die bewußte Erwartung des „Ödipuskomplexes" oder ähnlicher Konflikte geben und damit die Arbeit wesentlich abkürzen.

Aus dem relativ voraussetzungslosen Vorstellungssammeln der Psychokatharsis wird ein doktrinäres Demonstrieren der psychoanalytischen Mechanismen, aus einer eigenartig gesteigerten Selbstbeobachtung die Einpassung in eine feste Doktrin.

Zugleich mit der Änderung der Theorie wandelte sich auch das therapeutische Ziel; von der Hebung und Verständlichung unbewußter Niederschläge der Lebensgeschichte stieg Freud zur Lösung unbewußter Triebfesselungen und -verschränkungen auf, die „libido" wurde aus ihren infantilen Banden gelöst und der Patient nun vor die Aufgabe gestellt, diese neuerworbene seelische Energie zu verwerten. Die ideale Aufgabe ist es, sie in den Dienst höherer Mächte zu stellen, sie in Arbeit, Kunst und Willenswerk zu „sublimieren". Denn für Freud ist die „libido" letzte Instanz und primum movens in Kunst, Alkoholismus, Religion usw. Jedenfalls hat aber Freud nie, wie manche Kritiker meinten, Libertinage gepredigt. Dreht sich doch für ihn die Frage nicht um die grob materielle, sondern um die „Psychosexualität", so daß gerade Freud vor einer Überschätzung des rein Somatischen in dieser Beziehung gewarnt hat. Im Problem der „Sublimierung" erkennt er indirekt die Notwendigkeit an, sich auch nach psychoanalytischer Klärung mit den großen Fragen des Lebens auseinanderzusetzen. Nur hält er die Beratung und Führung hierbei, im Gegensatze zu der sonst herrschenden Auffassung, nicht mehr für Aufgabe des Arztes. Er hat auch nie unterlassen, auf die enorme Folgenschwere der Psychoanalyse hinzuweisen; da sie in den tiefsten Tiefen seelischen Lebens arbeitet, muß sie einer Operation gleichgeachtet werden und erfordert ein Höchstmaß von Takt, Kritik und psychopathologischer Einsicht. Leider sind diese Forderungen recht oft unerfüllt geblieben und nicht nur bei dilettierenden „wilden" Psychoanalytikern; aber das Aufzeigen naheliegender Entgleisungen trifft selbstverständlich die Psychoanalyse nicht im Kerne. Um so mehr muß aber energisch dagegen protestiert werden, daß psychoanalytisches Gesundbeten pathologischer Kinder und Jugendlicher durch medizinische, namentlich psychiatrische Laien, Geistliche und Lehrer, von den Führern der Psychoanalyse begünstigt wird, die in einer Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse derartige Gesinnungsgenossen als „Kollegen" bezeichnen.

Grundlegend für das Verständnis von Psychokatharsis und Psychoanalyse ist die eigenartige Einstellung bei beiden Methoden; wie in derselben Landschaft ein Offizier, ein Künstler und ein Botaniker völlig verschiedenes sehen, so drängt sich in dem „freien" Vorstellungsablauf des Kranken in den Vordergrund, was der Voreinstellung entspricht, ja diese Beeinflussung geht so weit, daß Freud selbst feststellen konnte, wie je nach dem Standpunkte des Analysierenden in den Träumen des Kranken bald eindeutig sexuell zu Vor-

stehendes, bald nur symbolische Darstellungen des „Willens zur Macht“ im Sinne von Adler-Jung hervortreten. Darum darf die allgemein primitivste Einstellung nicht übersehen werden, daß ein Hilfe und Gesundung suchender Kranker die Behandlung erfährt, für den die ganze Arbeit sub specie sanationis erfolgt und die Bewertung therapeutischer Erfolge fordert große Zurückhaltung; um so mehr, als bei der eigentlichen Psychoanalyse zahlreiche indirekte und allgemein psychotherapeutische Momente unterstützend am Werke sind. Die schulgerechte Psychoanalyse wird in festen Tagesstunden durch Wochen ausgeübt; dadurch erfährt der Kranke eine Verpflichtung zur Pünktlichkeit und hat eine feste Stunde, in der ihm der Arzt uneingeschränkt gehört. In dieser Stunde wird er restlos für voll genommen und jede seiner Reaktionen eingehendst bearbeitet, wobei zugleich ein naher Kontakt mit dem Arzte und ein tiefgreifender Einfluß seiner Persönlichkeit unvermeidlich ist. Durch die Ablehnung einfacher, aber bewußter Motive ist ferner die Psychoanalyse immer anregend und überraschend, und die rein psychologische Erörterung schaltet alle moralisierenden oder sonstigen Wertungen aus. Endlich bringt jede Psychoanalyse in dreifacher Beziehung heilsame Gewöhnung mit sich; ganz besonders in dem Sinne, daß der Kranke immer wieder angeleitet wird, sich seinen Symptomen gegenüber auf den Standpunkt des analysierenden Zuschauers zu stellen, wodurch eine nicht zu unterschätzende Einstellungsübung und Willensgymnastik entsteht. Dann dadurch, daß die stete Beschäftigung mit den diskretesten Dingen bei vielen Versuchspersonen eine Abstumpfung und Ernüchterung bedingt; endlich insofern, als der Kranke, namentlich auch beim psychokathartischen Arbeiten sich an die Erinnerung seiner Symptome und damit verbundene affektive Erlebnisse gewöhnt, so daß ihm alltäglich wird, an was er einst kaum zu denken wagte. Dieser Mechanismus kann leicht fälschlich so aufgefaßt werden, als habe durch das mehrfache Nacherleben nun der „eingeklemmte“ Affekt seine Abreaktion gefunden.

Für die *Technik* der Psychokatharsis ist wesentlich, nur in ganz oberflächlicher Hypnose mit voll erhaltener Kritik des Kranken zu arbeiten; die Mechanisierung des Assoziationsversuches ist sehr geeignet, dem Kranken die erforderliche passive Einstellung zu erleichtern; hat er sich einmal in diese „zuschauende“ Art des Erlebens gefunden, so genügen meist einige wenige Ruhesuggestionen und Hinlenkung auf die, je nach Veranlagung, hervortretenden „Bilder“, „Worte“, „Gefühle“ oder Allgemeinerinnerungen.

Absolute Erfordernis ist es, ausreichend Zeit für analytische und kathartische Behandlung frei zu machen, da man in weniger als einer Stunde selten befriedigende Resultate erzielen wird. Der Kranke ist über die Voraussetzungen der Behandlung, namentlich darüber vorbereitend aufzuklären, daß die Psychokatharsis rückhaltlose Mitteilung alles psychischen Materiales voraussetzt; er muß wissen, daß die Hypermnesie der leichten Hypnose nicht dazu dienen soll, ihm Geheimnisse zu entreißen, sondern objektiv zu verwertendes Material zu gewinnen. Kann doch die Benutzung der hypnotischen Hypermnesie ohne solche entsprechende Vorbereitung sonst zu unliebsamen Konsequenzen führen, wie das bei Besprechung der hypnotischen Hypermnesie gegebene Beispiel lehrt. Selbstverständlich liegt schon in der Anerkennung dieser Prämisse ein wesentlicher allgemein psychotherapeutischer Faktor!

Die *Indikation* ist namentlich im Versagen der sonstigen Psychotherapie und im besonderen Hervortreten ausgesprochen „psychogener", phantastischer Erscheinungen gegeben; womöglich diene der Psychotherapeut selbst einem Erfahrenen eine Zeitlang als Versuchsperson, mindestens bearbeite er selbst Traum- und anderes eigenes Material, wie auffällige Fehlhandlungen u. dgl. kritisch, eingehend und vorurteilslos. Unbedingt ist zu verlangen, daß die Arbeit dieser Art nur an völlig kritischem oder an einem pathologisch unsuggestibelen Menschenmateriale geschieht, da bei einiger Unselbständigkeit der Versuchsperson eine völlige Umprägung durch Einstellungszwang erfolgt. Aus diesem Grunde sind Kinder selbst für psychokathartische Behandlung nur mit einem Höchstmaße von Kritik heranzuziehen; eigentlich „psychoanalytische" Behandlung ist bei ihnen und anderen Unselbständigen völlig kontraindiziert.

Die Psychoanalyse mit fester Einstellung und doktrinärer Verwendung der Mechanismen gleicht der Erhellung eines dunklen Geländes mit einem Scheinwerfer, der nur in seinem Lichtkegel alle Umrisse überdeutlich macht, aber die Landschaft im ganzen doppelt verdunkelt; trotz aller Einseitigkeit und Verzerrung immerhin Licht; und das wird jeder vorurteilsfreie Psychotherapeut der genialen einfühlerischen Intuition des Künstlers Freud danken. Ist es doch sonst dunkel genug. Die Anwendbarkeit seiner Anregungen aber wird in weitem Maße von der *konstitutionellen* Eignung der Kranken zur Ausbildung und Wirkungsfähigkeit unterbewußten psychischen Materiales abhängen; die verallgemeinernde Übertragung der an psychopathologischen Fällen erfühlten

Zusammenhänge auf normalpsychologisches Geschehen erfordert daher größte kritische Besonnenheit und Zurückhaltung.

6. Allgemeine Wachpsychotherapie.

Unter dem Sammelbegriffe allgemeiner Wachpsychotherapie werden zweckmäßig alle psychotherapeutischen Arbeitsweisen zusammengefaßt, die eine planmäßige und zielsichere, von bestimmten methodischen Voraussetzungen und Absichten geleitete seelische Beeinflussung darstellen, ohne die hypnotische, psychokathartische oder psychoanalytische Technik zu benutzen; von der *Populärpsychotherapie* trennt sie methodische Klarheit, so daß nur die rationelle indirekte Populärspsychotherapie ein Grenzgebiet darstellt, von der *Heilpädagogik* der Arbeitsgegenstand, indem dieser namentlich Aufgaben zufallen, die eine besondere Berufswahl erfordern, wie die Schulung Taubstummer, Blinder und Idiotischer. Diese Betätigung stellt schon rein zeitlich zu große Anforderungen, um als Sonderzweig der Psychotherapie im engeren Sinne gelten zu können. Auch das Überwiegen des rein pädagogischen Standpunktes ergibt eine gewisse Trennung, obwohl, selbstverständlich, jeder, namentlich der psychotherapeutisch arbeitende Arzt über die heilpädagogischen Methoden und Bestrebungen orientiert sein muß, weshalb ihnen im folgenden ein Sonderkapitel eingeräumt wird. Nur verständnisvolles Zusammenarbeiten kann ja die gute Sache fördern und bei der Fülle von Aufgaben, die überall offen sind, haben die psychotherapeutisch arbeitenden Ärzte und die Heilpädagogen untereinander nur Bereicherung der Gesichtspunkte zu erwarten, nicht Einengung des Arbeitsfeldes. Ebenso steht der allgemein gebildete Psychotherapeut dem *praktisch* und *wissenschaftlich pädagogisch Arbeitenden*, den Lehrern, Eltern und Erziehern gegenüber, deren Gesichtspunkte für ihn ebenso wesentlich, wie ihre Mitarbeit unentbehrlich ist. Die nicht ganz seltene Animosität theoretischer und praktischer Pädagogen gegenüber „dem Arzte" trifft den allgemein psychotherapeutisch gebildeten Arzt nicht; er muß wissen, daß selbst in allgemein anerkannten pädagogischen Werken, wie z. B. der Pädagogik Paulsens, ein Arztpopanz spukt, der kindliche Unart eo ipso als „Nervosität" mißversteht und mit Medikamenten angreifen will, und versteht leicht, daß hier der berechtigte Kampf gegen einen bornierten Materialismus geführt wird, wenn auch am völlig untauglichen Objekte. Kahanes Vorschlag, die allgemeine Wachpsychotherapie als „Psycha-

gogie" pädagogischem Arbeiten nahezurücken, die Entwicklung der Psychoanalyse zu einer Weltanschauungstherapie, wie bei Jung, und der umfassende Bau wachpsychotherapeutischer Methoden, deren wichtigste bald dargestellt werden sollen, weisen in gleicher Richtung. Selbstverständlich ist aber Voraussetzung für gedeihliches Arbeiten mit den Nachbardisziplinen gesunde Kritik, Toleranz und ein gewisses Maß mindestens praktischer, am besten wissenschaftlicher Bildung ihrer Vertreter, die Werten und Aufgaben des Nebenarbeiters Gerechtigkeit sichert. Für doktrinäre Verbissenheit und Arroganz ist aber eine solche Leistung unmöglich. Als Erzieher und Seelenbildner von bestimmten Gesichtspunkten aus wird auch der *Geistliche* nicht selten in Wirkungsgemeinschaft mit dem psychotherapeutisch arbeitenden Arzte kommen und ihm wertvollste Hilfe leisten können, wie auch umgekehrt; Schwierigkeiten und Bereicherungen sind dieselben, wie beim Pädagogen.

Ein Stand der Zukunft, mit dem der wissenschaftliche, moderne Psychotherapeut engste Fühlung pflegen soll, ist der „Berufspsychologe". Namentlich William Stern und seinen Mitarbeitern ist es zu danken, daß die bisher im wesentlichen auf dem Umwege über die Psychiatrie erschlossenen praktischen Werte moderner psychologischer Forschung nun auch allgemein lebendiger werden; Schulpsychologen fördern ein einzigartiges Vergleichsmaterial exakter Art über die normale Kinder- und Jugendlichenpsyche, Berufseignungen werden experimentell festgestellt, und in kritischer Sammelarbeit die „angewandte Psychologie" aus dem Schattendasein des Laboratoriums ins Hell des Alltages gestellt. So schafft die Arbeitsrichtung der „angewandten Psychologie" wertvollstes Normalmaterial herbei und leistet namentlich eine ungemein wertvolle Pionierarbeit für psychologisches Verständnis in Kreisen, die sonst diesen Anschauungen nur allzu fern stehen. Schon die prinzipielle Einstellung auf das Normhafte, das Angewiesensein dieser Forschungsrichtung auf Massenuntersuchung und -beurteilung läßt bei kritischer Arbeit von beiden Seiten Beeinträchtigungen durch und für den stets individuell arbeitenden Psychotherapeuten kaum erwarten, und wissenschaftlich-sachlich geführte Grenzerörterungen werden beiden Disziplinen nur zur Klärung dienen, wenn die oben gestellten Voraussetzungen erfüllt sind. Dem einwandfrei allgemein-medizinisch und psychopathologisch gebildeten Psychotherapeuten wird die Abgrenzung seines Arbeits- und Beurteilungsfeldes nicht schwer fallen.

Schon diese Abgrenzung gegen die Nachbarberufe zeigt deutlich, daß die Wachpsychotherapie mit Recht den Beinamen der „allgemeinen" führt; die bisher dargestellten Methoden der speziellen Psychotherapie, Hypnotherapie und Analyse wenden sich im Prinzip nur an einzelne Seiten des Kranken, namentlich in ihren Ausgangsformen; sie suchen Suggestionen einzupflanzen oder zu verstärken, oder unbewußtes Material zu heben. Im Gegensatze hierzu wendet sich die Wachpsychotherapie an den ganzen Menschen und fordert daher in besonderem Maße Einsicht und Bildsamkeit des Kranken. Hierdurch ist auch eine Differenz zu großen Strecken der Heilpädagogik gesetzt, die sich z. B. in der Schwachsinnigenschulung und Idiotenbildung oft fast völlig mit einem gewissen Maße von Bildungsfähigkeit begnügt. Verlangt die Hypnotherapie einen „Rapport" nur in dem Sinne, daß die Fühlung der Lenksamkeit erhalten bleibt, so muß die Wachpsychotherapie im allgemeinen mehr beanspruchen; es muß ein „menschlicher" Rapport im Sinne gemeinsamer Arbeit möglich sein, um die eigentlichen wachpsychotherapeutischen Behandlungen durchzuführen, ein Rapport im höheren Sinne. Jede solche den ganzen Menschen angehende Behandlung wird selbstverständlich alle Seiten der Psyche beeinflussen, den ganzen Strom des seelischen Geschehens alterieren; der *Übersichtlichkeit wegen sollen aber die Wege der Wachpsychotherapie danach geordnet werden, welche Seiten der Bewußtheit im besonderen Maße benutzt* werden, obwohl alle diese Mechanismen in der praktischen Ausübung sich durchflechten und wechselseitig bestimmen. So wird eine Veränderung der Willensabläufe nie ohne Modifizierung des Fühlens, Denkens, Aufmerkens, und Erinnerns ablaufen, eine Wandlung der Gefühle sich im Denk-, Willens- und Erinnerungsleben dokumentieren und das Vollziehen evidenter Erkenntnisse nicht ohne begleitende Gefühls-, Willens- und Aufmerksamkeitswandlungen geschehen. Nur mit dieser ausdrücklichen Einschränkung kann eine schematische Einordnung der Methoden der allgemeinen Wachpsychotherapie vorgenommen werden.

Zum wachpsychotherapeutischen Rapport muß der Kranke sich der Weisung entsprechend *einstellen*, er muß über ein genügendes Maß von *Aufmerksamkeit* verfügen; hier knüpft eine große Anzahl wachpsychotherapeutischer Methoden an, die sich besonders an Einstellung und Aufmerksamkeit wenden.

Die einfachste Versuchsanordnung besteht darin, durch einen

intensiven Reiz die Aufmerksamkeit passiv in bestimmte Bahnen zu zwingen und so andere bestehende Fixierungen zu durchbrechen, das alltägliche Verfahren z. B. bei leichten funktionellen Bewußtseinsstörungen; besonders faradische Reizungen leisten hier Gutes. Lediglich eine Frage der Dosierung ist es, ob die Prozedur zur eigentlichen Shocktherapie gehört; zweifellos kann damit auch bei allerlei parakinetischen Einstellungen, z. B. bei hysterischer Aphonie, Astasie oft sehr viel erreicht werden. Der Kranke wird aus den eingefahrenen Gleisen seiner Innervationsstörungen gerissen und wieder fähig, regelrecht zu innervieren. Doch sollte eine eigentliche Reiztherapie, nochmehr aber die ausgesprochene Shock- oder Überrumpelungstherapie nur bei entsprechender Indikation verwandt werden. So ist es stets ratsam, zunächst mit minder differenten wachpsychotherapeutischen Methoden vorzugehen und die Stabilität des Symptomes zu prüfen; oft ist dann das immer etwas rigorose Verfahren der Reiztherapie überflüssig. Die Reiz- und Shocktherapie ist stets ein gewisser Eingriff. Außerdem eine Art von Kraftprobe. Darum ist sie bei älteren, eingewurzelten und schon in ärztlicher Behandlung erfahrenen Fällen nur indiziert, wenn der Therapeut sein Ziel mit eiserner Konsequenz im Auge behält und um jeden Preis mindestens einen gewissen Fortschritt bei der ersten Anwendung erzwingt. Auf die Wichtigkeit dieses Punktes hat ja in neuerer Zeit besonders Kaufmann wieder aufmerksam gemacht, und schon seit Jahren haben alle Sachverständigen darum zur Vorsicht mit der Reiztherapie geraten, weil eine erfolglose Sitzung einen Sieg des Kranken bedeutet, der das weitere psychotherapeutische Arbeiten sehr erschwert, ja oft unmöglich macht. Hierin steht die Reiz- und Shocktherapie der Suggestivbehandlung nahe; gewiß enthält sie oft suggestive Momente; ebenso selbstverständlich ist, daß ganz indifferente Reizverfahren in den Dienst der eigentlichen Suggestiv- und indirekten Psychotherapie treten können. Die eigentliche Reiz-, Shock- und Überrumpelungstherapie ist aber keinesfalls eine „suggestive“ Methode, denn es fehlt bei ihr durchaus das Moment der suggestiven Fälschung. Sie ist vielmehr eine zwar brüske, aber durchaus sachgemäße Anwendung psychologischer Erfahrung.

Etwas hartnäckige frische und wenig behandelte ältere Fälle stellen das günstigste Material für die Reiztherapie dar; sie wird ferner als gewissermaßen physiologische Methode um so mehr am Platze sein, je weniger der Kranke psychisch differenziert ist und

über ein gewissermaßen heroisches Vorgehen die einzige Möglichkeit ist; schwer zu beurteilen ist die Indikation bei Labilen, namentlich leicht ängstlich Erregten. Im allgemeinen stellt dieser Krankentypus weit weniger eine Gegenindikation dar, als die Populärpsychologie erwarten würde, wenn der körperliche Allgemeinzustand gut ist. Sache der Erfahrung ist es, entsprechend der Empfindlichkeit zu dosieren und die Applikation zu variieren.

Auch chemische Reize können bei klarer Indikationsstellung vorzügliche Dienste leisten; als Paradigma sei an die Emetika erinnert, deren allgemeiner Gebrauch der neuzeitlichen Medizin ja etwas ferner liegt. Besonders das Apomorphin ist hier als bequem anwendbares und intensiv allgemein wirkendes Mittel zu nennen; seine Anwendung setzt organische Gesundheit und guten Allgemeinzustand voraus. Sind diese Bedingungen erfüllt, so kann die Indikation der Reiztherapie gestellt werden. Bei allen sonstigen Beeinflussungsversuchen trotzenden neurotischen Symptomen, besonders bei Erregungszuständen, deren halb- oder ganz bewußt antisozialer Charakter klar liegt, besitzt der Arzt in der Herbeiführung der Apomorphin-Nausea ein Drastikum ersten Ranges, dem Schreikrämpfe, theatralische Ructus-Tics u. v. a. m. fast regelmäßig endgültig weichen. Allen Narkotiris ist das Mittel überlegen, weil es das Sensorium frei läßt, so daß die Umstimmungsphase in voller Intensität erlebt wird; dieser Umstand macht es aber ebenso zur Pflicht, das Mittel nur als ultima ratio zu verwenden.

Alle diese Maßnahmen unterstehen prinzipiell dem Gesichtspunkte des Reizerlebnisses und der Fixierung der „passiven" Aufmerksamkeit; ihre Wirkungsweise umschließt oft einen weiteren Gesichtspunkt, den der *Ablenkung*, die sich in ihrer reinsten Form aber nicht beim Erlebnisse des intensiven Reizes und der „passiven Aufmerksamkeit", sondern mit Hilfe der „aktiven Aufmerksamkeit" darstellen läßt. Kein außergewöhnlich starker Reiz überwältigt die Persönlichkeit des Kranken oder mindestens ihre Einstellung, sondern leichten, sachgemäßen Hilfen folgt die Einstellung des Kranken mit dem Erlebnis subjektiver Aktivität. Dementsprechend hat der Kranke weit mehr den Eindruck eigener Leistung und rationeller Beeinflussung.

Wird z. B. bei einem Kranken mit funktioneller Bewegungshemmung des linken Armes und Spannungserhöhung der linke

Arm passiv gehoben und leicht unterstützt, so gelingt es nicht ganz selten, die Aufmerksamkeit des Kranken nun so völlig auf exakt auszuführende, gut kommandierte Bewegungen des gesunden rechten Armes zu lenken, daß die Unterstützung des kranken Armes vorsichtig und allmählich vermindert und schließlich ganz unterlassen wird, so daß der „gelähmte" Arm zum Erstaunen des Kranken nun frei in der Luft steht, stets eine sehr wirkungsvolle Demonstratio ad oculos.

Ebenso ist ein wesentliches Moment jeder Behandlung von Sprachneurosen, den Kranken intensiv anzuweisen, er solle sich auf den Inhalt des zu Sprechenden, nicht auf die Sprachleistung einstellen; die falsche Hinlenkung auf die Sprachleistung, auf das „Sprechenkönnen" ist in vielen Fällen das wesentlichste Moment und ergibt die bekannte Störung der automatischen Abläufe, wie weiter oben in dem Beispiele des motorischen Lernens am Radfahren näher ausgeführt ist. Aus diesem Grunde erfordert die Einleitung eigentlicher Übungsbehandlung bei derartigen Zuständen genaue Indikationsstellung, wie hier schon erwähnt sei.

Bereits das letzte Beispiel zeigt im Gegensatz zum ersten in gewissem Sinne eine *Ablenkung nach innen*; der Kranke wird *nicht* von dem Symptom im ganzen „nach außen" abgelenkt, *sondern* im Erleben des Symtomes selbst *umgestellt*; dem selben Zwecke kann jede Veränderung der Einstellung dienen, die das Symptomerlebnis im ganzen oder in Teilen sinngemäß umgestaltet. So lassen sich z. B. viele angeblich „unerträgliche Schmerzen" überraschend mildern, wenn der Kranke zu genauer, aber exakter Selbstbeobachtung angewiesen wird. Gewisse doktrinäre Psychotherapeuten werden dem widersprechen und vielleicht an suggestive Fälschungen denken. Doch läßt sich bei den vorliegenden einfachen Verhältnissen diese Fehlerquelle ausschalten. Es wird dem Kranken keinerlei Linderung in Aussicht gestellt und auch jede dahingehende Suggestivfrage vermieden. Es wird nur aufgefordert, sich selbst und dann dem Arzte genau Rechenschaft zu geben. 1. Wo sitzt der Schmerz? 2. Wie ist er zu schildern? (*Bohrend*, brennend, ziehend, reißend, stechend, kneifend usw.) 3. Ist er dauernd gleichmäßig? 4. Kennt der Kranke starke, unzweifelhafte Schmerzen? Beispiele. 5. Liegt überhaupt ein „Schmerz" vor oder ein unbestimmt irritierendes peinliches Gefühl? 6. Wie ist dies zu schildern?

Für *Situationen*, die eine gewisse Schmerzerwartung bedingen, z. B. Operationen ohne Narkose, zahnärztliche Eingriffe

u. dgl. ist der Kranke gleichfalls anzuweisen, sich diese Grundfragen stets vor Augen zu halten und sie möglichst genau und eingehend zu beantworten. Daß die meisten „Psychalgien" körperlich gesund aussehender Psychopathen diese Feuerprobe nicht bestehen — meist zum größten Erstaunen der Betroffenen selbst — ist selbstverständlich; erstaunlicher, wie stark auch der „physische" Schmerz in der großen Mehrzahl der Fälle entwertet wird. Eine solche „*Auflösungsablenkung*" nach innen ist ein ungemein wertvolles Hilfsmittel der Wachpsychotherapie; ihr analoge Mechanismen höherer Ordnung spielen bei zahlreichen komplexeren, allgemein psychotherapeutischen Methoden eine wesentliche, oft unterschätzte Rolle, so namentlich auch bei der Psychoanalyse; ihre stete nüchterne Verarbeitung emotionell wirksamen Materiales führt zweifellos oft eine Veränderung der Einstellung herbei und ihre Erziehung zur passiv-objektiven Selbstbeobachtung ist nicht minder von Einfluß.

Ablenkung nach außen im Sinne des ersten Beispiels ist ja von jeher Allgemeingut der Krankenpflege; spezielle wachpsychotherapeutische Methoden, die besonders diesem Gesichtspunkte unterstehen, werden im anderen Zusammenhange zu erwähnen sein.

Eine eigenartige wachpsychotherapeutische Methode ist die methodische Benutzung der aktiven Aufmerksamkeit, einer Einstellungsfixierung als solcher; sie findet sich namentlich in der Laienliteratur, meist mit mystischem Beiwerke als „*Konzentrationsübung*", während die wissenschaftliche Psychotherapie ihrer weniger Erwähnung tut. Leider sind die Laienvorschriften meist nicht nur mystisch-verworren, sondern auch so wenig sinngemäß, daß wohl jeder Nervenarzt von Schädigungen durch derartige psychotherapeutische Kurpfuscherei berichten kann. Der schwunghafte Handel mit solchen Büchern, wie ihn jeder Anzeigenteil gelesener Zeitungen beweist, rechtfertigt eine eingehende Besprechung gerade an diesem Orte; jeder Arzt muß diese Bestrebungen kennen, sie beurteilen und gegebenenfalles einschränken können, obwohl sie sich meist selbst nach einiger Zeit ad absurdum führen.

Zur sachgemäßen Beurteilung der Frage ist unbedingte Vora[illegible]setzung eine genügende Kenntnis der wissenschaftlichen Mög[illegible]lichkeiten rationeller „Konzentrationstherapie". Ihr Prinzip ist e[illegible]benso einfach, wie das der Reiztherapie; während bei dieser durc[illegible] einen ungewöhnlich starken Reiz die „passive Aufmerksamkeit" [illegible]fixiert und eine gewisse Einstellung erzwungen wird, um besti[illegible]mte psychotherapeutische Effekte zu erreichen, besteht die

Konzentrationstherapie darin, daß der Kranke seine „aktive Aufmerksamkeit“ bestimmten Objekten zuwendet, aktiv und bewußt eine bestimmte Einstellung etabliert. Als Objekt kann z. B. ein Sinneseindruck, eine stark oder schwach affektiv wirksame Vorstellung, ein Willenserlebnis dienen. Der Kranke wird bei der primitiven Konzentrationstherapie nun einfach angewiesen, sich dem Objekte zuzuwenden, ablenkende Vorstellungen zu unterdrücken oder wenigstens abzuweisen, und den Eindruck des Objektes stets so stark wie möglich zu beleben. Die Analogien zu einigen Hypnotisierungsmethoden sind unverkennbar, wenn als Objekt ein einfacher Sinneseindruck, z. B. ein farbiger Punkt, ein gleichmäßig klingender Ton oder eine konstante Druckempfindung gegeben wird. Es braucht nur an die Fixationsmethode oder an Sidis' Monotonoidation erinnert zu werden. Dementsprechend ist auch der Effekt dieser „Konzentrationsübungen“; die krampfhafte Einengung auf ein so primitives Erleben führt an und für sich zu intensiver Unlust und Ermüdung, die um so stärker wirkt, als alle gleichsweise auftretenden höheren psychischen Reaktionen ausgelöst oder gehemmt werden, und es entwickelt sich eine Bewußtseinsverarmung, die bis zur subjektiven Leere, zum „Schlafzustande“ führen kann. Wenn dies Ziel erwünscht ist, so ist vor allen Dingen die krampfhafte aktive Einengung verfehlt, da sie dem Lösungserlebnis des Einschlafens widerspricht. Nur als *Vorübung* zum Einschlafen für Normal- und Kunstschlaf ist daher eine begrenzte und mäßige Konzentrationsübung angebracht, wie das die Praxis der wissenschaftlichen Hypnotherapie längst erkannt hat; namentlich, wenn nach erregenden Arbeits-, Kunst- oder Allgemeinerlebnissen die Tageseindrücke überstark haften und unmerklich immer wieder zu aktiven Denkvorgängen oder affektiven *Erlebnissen* anregen, kann der Einschlafende durch Konzentrationsübungen mit neutralem Vorstellungs- oder Sinnesmaterial die Entfernung dieser lästigen Besucher erleichtern. Der in Selbstbeobachtung und namentlich der fraktionierten Hypnotisierung und autohypnotischer Selbstanalyse Geschulte erkennt nach einiger *Dauer der* Konzentrationsübung leicht, daß er sich nun störungsfrei konzentrativ beliebig einstellen kann und hat dann die Hilfen zu benutzen, die ihm sein Einschlaftypus gibt. Er schließt sich *mit bewußt passiver* Lösung entweder optischen oder akustischen Einschlaferlebnissen an, nicht mehr arbeitend, konzentrativ, nur *ein Objekt festhaltend*, sondern indem er sich vom Strome *autochthonen Geschehens* treiben läßt, Bild an Bild, Klang an

Klang oder Reminiszenz an Re
fließen des bewußt erinnerten S
mit schlechtem Erfolge werden
übungen als Schlafrezept empfoh
wege über ein Autotrance zum S
Da gegen können kürzere K
schläfernder Einfluß durch abwe
gehoben wird, sehr vorteilhaft zu
pathen benutzt werden, Alltagsw
Exerzierreglement in seinen Ziel
längst benutzt; rationellerweis
indifferenter Sinnesreiz als Objekt
Gegenstand, der nun zu beschrei
ist. Oder es wird verlangt, ein
nach ganz bestimmten Richtlinie
nicht umsonst der von Schwätz
kenntnis trübt, oft bespöttelte „
Grundstock militärischer Erziehur
Grundlage alles verständigen Le
die Vorstufe des Turnens. Hier sc
wesentliche Moment der Konze
komplexen Dingen aufgezeigt
Übungsfähigkeit des Mec
Zu gleicher Zeit ergibt sich ein
die methodische psychotherape
zentrationsübungen; es sind besc
Psychopathen, die derartiger Be
bedürfen. Technische Einzelheit
erörtern sein.

Wie stellen sich nun die e
Dingen? Zweckmäßig werden
schaftliche unterschieden; die rein
schwülstige Darstellungen von
gerne verbrämt mit allerl
an- dgl., und empfehlen nun die
u- Mittel, in sich „ungeahnte in
als nen „alle nervösen körperlichen
de -d-; die pseudowissenschaftliche
si irgendeinem Leitfaden der Ps
a- ben der kritiklosen Empfehlung
ne t Willensbildung“ in allerlei a
„z

aufgeschmückt mit langen wörtlichen Zitaten großer Künstler und Philosophen. So enthält z. B. die Sammlung „Henry Edward Jost“ aus dem „Modern Pädagogisch und Psychologischen Verlag, Charlottenburg“ lange Auszüge und Abdrücke Schoperhauerscher Werke. Der Erfolg solcher Lektüre bei beeinflußbaren und ausdauernd übenden Opfern sind teils ungewollte Autohypnosen, teils äußerst hartnäckige Einschlafstörungen.

Als eigenartige vorwiegend mit der Einstellung als solcher arbeitende Methode ist hier auch der eigentlichen *„Ruheübungen“* zu gedenken, deren Bedeutung namentlich Hirschlaff betonte; sie grenzen an die Hemmungstherapie, deren Platz weiter unten ist. Aber während diese sich gegen bestimmte, meist motorische Phänomene richtet und die eigentliche Übungstherapie sich vorwiegend an den Willensmechanismus wendet, handelt es sich bei den Ruheübungen im engeren Sinne um eine allgemeine Umstellung. Der Kranke hat eine bequeme Lage einzunehmen und diese nun konzentrativ exakt durch bestimmte Zeiträume innezuhalten, die im Verlaufe der Behandlung immer länger ausgedehnt werden. Hirschlaff hat sogar Signalapparate ausgearbeitet, die jede Änderung der Lage melden. Auch ohne diese technische Vervollkommnung wird der rationelle Wachpsychotherapeut auf solche steigend dosierte Ruheübungen oft mit Nutzen zurückgreifen; namentlich als Sprechstundenverordnung bei zuverlässigen und gesundungswilligen Kranken sind solche Verordnungen sehr zu empfehlen. Hier steht die Einstellungstherapie besonders deutlich im Dienste der Selbstdisziplin.

Um dem Kranken deutlich zu machen, was es mit dem Erlebnis der Einstellung auf sich hat, empfiehlt es sich, ihn den motorischen Einstellungsversuch von Levy-Suhl ausführen zu lassen. In der schwach halb gefüllten Badewanne sitzend hebt die Versuchsperson langsam und gleichmäßig ein Bein gestreckt an; im gleichmäßigen Flusse der Bewegung empfindet die Versuchsperson plötzlich, wenn das Bein etwa zu einem Drittel aus dem Wasser hervorragt, eine Hemmung, als wenn ein schweres Gewicht unsichtbar auf das Glied niedersänke. Es geschieht dies in dem Augenblicke, wenn der Auftrieb des verdrängten Wassers ausschaltet und nun die Eigenschwere des Beines wirksam wird; unmerklich hat die Innervation sich so „eingestellt“, daß sie den Auftrieb mit benutzte und die anscheinend grundlos eintretende Gewichtsdifferenz führt zu einer Hemmungsempfindung ganz überraschend intensiver Art, die auch bestehen bleibt, wenn der

Mechanismus durchschaut ist, d
gleichmäßig durchgeführt wird.
eignet, um das außerbewußte
zu demonstrieren.

Damit ist das Grenzgebiet
stellungsmethoden in der Wac
Gewöhnung und Entwöhnung f
Gebiet hinaus; technisch lasse
stellungs- und Aufmerksamkeits
Hypnose vertiefen, wie bereit
psychotherapeutischen Hypnothe
Empfindungsinhalte
therapie erlauben nur ziemlich
bedeutungsvoll werden sie im w
und der Übungstherapie, sowie
wendet sich die Wachpsychoth
Empfindungen arbeitet, tatsäch
namentlich an Gefühle.

Die Benutzung von Gefü
Stimmungen des Kranken s
eine sehr bedeutende Rolle, n
haupt die entscheidende. Der
folgend interessiert zunächst d
mit Hilfe der schematisch
Kranken: Lust — Unlust,
Beruhigung und Aktivität —

Die bei der Reiz- und Sh
Reize zur Erzielung eines bestim
erfüllen vielfach damit noch ein
von Unlustgefühlen, so
„Schmerztherapie“ gesproch
siver Unlustgefühle in das Sym
lebhafte *Widerstände gegen da*
Arzt — wachgerufen, das Sym
gesprochen, „verleidet“; die Sc
differentes Verfahren, das sorgf
insofern, als sie zweckmäßig fü
losen reserviert wird, da stark
Beständige Fälle meist nur mit
Erscheinungen, mit „*Ersatzsym*
logisch werden namentlich solche

zu unterziehen sein, deren Symptome hart an der Grenze des Willkürlichen stehen oder ausgesprochen der Simulation verdächtig sind. Ferner kann eine Schmerztherapie mäßigen Grades sehr Gutes leisten bei seelisch Unentwickelten, bei Schwachsinnigen, bei Kindern und voluntär Insuffizienten. Zu warnen ist vor ihrer Anwendung bei ausgesprochen depressiv Gehemmten, körperlich Erschöpften und bei opfersüchtig-theatralischen Hysterischen; namentlich die Letztgenannten nehmen alle entsprechenden Prozeduren mit einer demonstrativen Leidensmiene auf sich und ermuntern den Behandelten, nur recht energisch vorzugehen, um dann mit triumphierender Hartnäckigkeit ihre Symptome weiter zu produzieren. Oft schützen sie sich auch durch die Etablierung funktioneller Analgesien, namentlich, wenn sie bereits einige Erfahrung in den landläufigen Prozeduren haben; Aphonische z. B., die früher gut auf Einführung eines Fremdkörpers in die Glottis mit stimmhaftem Husten und dauernder phonischer Innervation reagiert haben, zeigen im Rückfalle eine totale Analgesie und Anästhesie des Larynx, so daß eine grobe Schlundsonde ohne jede Reaktion eingeführt werden kann. Solche Fälle sind im offenen Kampfe mit dem Symptome meist nicht mehr zu besiegen, so daß ein diplomatisches Vorgehen angezeigt ist. Sehr Gutes leistet eine verständig dosierte systematische Schmerztherapie als *moralische Abhärtung*, die aber nur wirklich erfolgreich ist, wenn sie mit vollem Einverständnis bei einsichtigen Kranken und rein sachlich durchgeführt wird; auf sadistisch-masochistische Komplikationen ist stets zu achten; daher darf diese Behandlung nie dem Personal überlassen werden und sorgfältige Auswahl der Kranken ist auf diesem Gebiete unumgänglich. Besonders allerlei das Alltagsleben, ja oft das Berufsleben stark beeinträchtigende seelische Idiosynkrasien können bei verständigen Patienten auf diese Weise oft endgültig beseitigt werden; so mußte z. B. ein sonst sehr energischer Kellner oft seinen Beruf unterbrechen, weil ihm die Berührung unglasierten Porzellans unüberwindliche Unlustgefühle erweckte. Er nahm an, „die Nerven seiner Hände“ vertrügen das nicht. Eine halbstündige Massage beider Handflächen mit rauhem Porzellan ließ diese „Idiosynkrasie“ restlos verschwinden und erlaubte dem Kranken eine ungestörte Berufsausübung. Bei geeigneten Fällen ist eine solche Gewaltkur der schnellste Weg zur Heilung und darum suggestiven, analytischen oder sonstigen allgemein psychotherapeutischen Arbeiten vorzuziehen, wenn auch die Psychogenese des Symptomes dabei unklar bleibt. Für viele Menschen bedeutet auch die An-

wendung kühler Wasserverord
ralischen Abhärtung sehr geei
Vorgehen im einzelnen ist üb
therapie sehr vielgestaltig. Vo
die Trennung des „bewußte
Mitarbeit des Kranken entwi
bewußten" Verhaltens, bei
Instruktion durch Unlusterregu
fache „Schmerztherapie" oder
angestrebt wird.

Ein ebenso differentes psy
die Unlustgefühle sind die L
direkten Folgen erhebliche Sch
führt übertriebene Fürsorge b
bei Neurotikern, dazu, jeder U
über zu versagen; körperlich K
valeszenz, Nervöse bilden bei
der als „Flucht in die Krankhe
Wohlleben vieler Sanatorien ist
besonders übersensible und ab
weitgehende Depravationen de
Prämiierung des Krankseins
lichsten die Entwicklung von n
die oft und längere Zeit kra
Angehörigen gepflegt werden.
hätschelten kranken Kindes ist
lustbetont, daß ein hohes Maß n
Selbstdisziplin notwendig ist, un
nun das Leben noch Enttäusch
je nach Milieu — die Entwicl
asthenischen Abulie" oder eine
liegend. Darum soll die ratio
zession von Gelegenheit zu Lus
und solange die sozialen Verpfl
sparsam wie möglich sein. „Ver
und allgemeinsten Sinne bleibt n
ungestraft.

Sie muß als *Ziel* gesetzt
wartungs- und *Lösungsgefü*
Wachpsychotherapie zu stellen,
Einflusse sind. Stets übertrifft

macht unzufrieden, Erwerben und Erkämpfen froh und stark. Diese Allgemeinheiten liegen jenseits der individuellen Eigenheit, sie sind völlig allgemein menschlich, so sehr auch persönliche Eigenart die eine oder andere Seite des Erlebens verstärken oder schwächen mag. Von der Behandlung gestörter Erwartungsgefühle, dem „mangelnden Gesundheitswillen", ist bei spezieller Darstellung zu reden; hier sind nur die allgemeinen Gesichtspunkte der Benutzung von Spannungs- und Lösungsgefühlen zu wachpsychotherapeutischen Zwecken herauszustellen. Wirkt der *Einzeleindruck* eines Unlustgefühles im Sinne des Abschreckungsverfahrens, so gelingt es, durch *systematische Anreihung* leichter, oft unterschwelliger Unlustgefühle eine ganz erhebliche Erwartungseinstellung zu schaffen. Alltagsbeobachtung zeigt häufig Menschen, die vor dem Mittagessen oder nach einer bestimmten Abendstunde „nicht mehr zu sprechen" sind; namentlich unter den ersten findet sich eine erhebliche Anzahl, die von selbst oder sogar auf Befragen nichts von Hunger angeben, aber selbst ihre Reizbarkeit als etwas Eigenartiges, gewissermaßen Fremdes und Aufgenötigtes erleben. In demselben Sinne gelingt es der allgemeinen Wachpsychotherapie durch entsprechende Maßnahmen weitgehende Beeinflussungen zu erzielen und der Lösung, die dieser unbemerkten Vorbereitung folgt, erstaunlichste Wirkung zu schaffen. Das kann ebenso wohl einzelne Seiten oder Episoden der Behandlung als die Behandlung im ganzen treffen. Hungerkuren bei Pseudodyspepsie, Milchkuren bei leichter Hypochondrie, strenge Ruhekuren bei sogenannter nervöser Erschöpfung sind gute Beispiele der täglichen *Praxis;* sehr wesentlich ist das Moment der Spannungs- und Lösungsgefühle, ferner im Mechanismus der wenig kunstgerechten Scheinoperationen, der Dosierung im Verkehr mit Angehörigen, der Ausübung von Liebhabereien und der Erreichung von Genüssen. Die schon oben erörterte Psychologie des *Verbotes* als Hilfsmittel der allgemeinen Wachpsychotherapie erhält hier eine spezielle eindrucksvolle Beleuchtung, und, wie in der Unlust- und Schmerztherapie, stellt sich neben die primitivere und passivere *unbewußte* eine mehr voluntäre, des Kranken aktive Mitarbeit und sein Verständnis fordernde *bewußte* Ausnützung der Spannungs- und Lösungsgefühle. Die Frage der seelischen Hygiene wird auf diesen Punkt zurückzugreifen haben.

Spannung und *Lösung* stehen in engster Beziehung zu Erregung und Beruhigung; auch hier ist der Umweg über sachgemäße somatische Verordnungen oft sehr wohl gangbar. Die

Diätetik der Anregungen und Sensationen, die Leistungs- und Ruhe-Ökonomisierung, rationelle oder pseudorationelle doktrinäre Beeinflussung wären oft sinnlos ohne überlegte und methodische Verwendung dieser Mechanismen, die ihrerseits in den notwendigerweise Begleitenden Aktivitäts- und Passivitätsgefühlen Unterstützung finden. So arbeitet ein gut Teil sogenannter „rationeller" Wachpsychotherapie im engeren Sinne mit Gefühlsmechanismen bedeutendster Art, oft bei kritiklosen Kranken der Verschleierung wegen mit besonderem Erfolge; wie bei den übrigen Methoden der Wachpsychotherapie, die sich besonders der Mechanismen der Gefühlslagen bedienen, trennen sich auch hier methodischen Praktiker das letzte Verfahren ebenso, wie für den Kranken, „unbewußt", d. h. unverstanden oder unbemerkt, arbeiten kann; es resultiert eine „absolut unbewußte" Psychotherapie.

Die Gefühlslagen als Hebel der allgemeinen Wachpsychotherapie sind Hauptanschlüssen vergleichbar; die Praxis fordert noch die Berücksichtigung und Verwertung einer Unzahl von Nebenstromkreisen und Spezialleitungen, wenn die disponibelen Mechanismen voll ausgenutzt werden sollen. Das grenzenlose Reich affektiv und triebhaft eigenartiger Reaktionsweisen des normalen oder nutzbar veränderten Seelenlebens muß hier kurz gestreift werden, theoretisch ebenso dunkel und widerspruchsvoll in den verschiedenen Darstellungen, wie überragend bedeutungsvoll und empirisch dienstbar im Alltage.

Dementsprechend muß „Gefühl" hier so eng wie möglich umgrenzt werden; es soll hier nicht erörtert werden, wie weit „Gefühle" im weiteren Sinne für die wissenschaftliche Wachpsychotherapie dienstbar gemacht werden können, alle jenen unklaren, oft unreifen seelischen Gebilde der „Gefühle", „als ob jemand hinter uns stehe", „daß diese Lösung einer Aufgabe richtig sei" usw.; ebensowenig die körperlich-sinnlichen Allgemeingefühle, wie der Hunger und Schwindel, deren psychotherapeutische Benutzung Reiz- und Lust-Unlusttherapie angehört, oder bleichsüchtige theoretische Gebilde, wie die „Persönlichkeitsgefühle", sondern nur die „Gefühle" im engeren Sinne und ihre Sphäre. Wie Angst, Zorn, Anlehnungsbedürfnis usw. prinzipiell zu Werkzeugen rationeller Wachpsychotherapie werden können, soll kurz angedeutet werden.

Die Hinwendung auf diese Aufgabe verlangt aber eine Erweiterung und gemeinsame Darstellung für die Gesamtheit des

Affektiven und große Teile aus dem Gebiete des Trieblebens, ein Komplex, den in praktischer unübertrefflicher Weise Bleuler als „Affektivität“ zusammengefaßt hat. Die *wesentlichsten Gesichtspunkte für die Verwertung der Affektivität des Kranken in der Wachpsychotherapie sind zu erörtern.*

Je nach dem Ziele wird sich der kritische Wachpsychotherapeut an Seiten der Affektivität wenden, die als *Anlagen* oder *Eigenschaften* integrierende Bestandteile der Persönlichkeit bilden und darum einer Dauerbeeinflussung dienen können, oder an *vorübergehende affektive Gebilde* — Zustände oder Verhaltungsweisen —, die geeignet sind, einen einmaligen Eindruck zu vertiefen. Er wird mit den ersteren, den „dispositionellen“ in W. Sterns Sinne, dauernd rechnen und stets bedenken, daß sie seine Arbeit weitgehend beeinflussen, während er die letzteren vielfach abschwächen, vermeiden oder provozieren kann, um bestimmte Erfolge zu erreichen. Namentlich muß er sich vor dem Irrtume nach Möglichkeit zu schützen suchen, affektive Zustände mit Dauerdispositionen zu verwechseln, obwohl vielfach von jäher Augenblickswallung bis zu anlage- und eigenschaftsmäßig tief verankerten Dauereigenheiten eine lückenlose *Reihe* führt, so daß Täuschungen nur allzu leicht möglich sind. *Sehr* deutlich zeigt dies z. B. der Angstaffekt, der sich vom plötzlichen, seelenfremden, reaktionsweise entstehenden Schreckerlebnis bis zur dauernden Ängstlichkeit und Furchtsamkeit in die Tiefen der Persönlichkeit hineinverfolgen läßt, und so, je nach Lage des Falles, einmaliger Umstimmung bei Robusten dienen kann oder bei eigentlichen Angstnaturen sorgfältiges Individualisieren verlangt. Die Bedeutung vorübergehender affektiver Zustände und Reaktionsweisen als solcher, abgesehen von der eigenschaftsmäßigen Disposition, muß im Rüstzeuge der Wachpsychotherapie sehr zurückhaltend beurteilt werden; der Psychotherapeut ist im wesentlichen darauf angewiesen, sich nach Ausmaß und „echter“ Wirkung der begleitenden Ausdrucksbewegungen ein Urteil über Reichtum und Tiefgang der Affekte zu bilden, und daher größten Täuschungen ausgesetzt. Die affektiven Zustände und Reaktionsweisen unterliegen in ausgesprochendstem Maße der *Ermüdung*, die *lebhafte Kontrastbestrebungen bedürfnismäßig entstehen läßt;* zudem *erfüllen vielfach die Ausdrucksbewegungen eine entladende* und *lösende Aufgabe* und in all diesem die Persönlichkeitsgesamtheit tiefgreifend beeinflussenden Wandel bleibt *kein Ansatzpunkt für Dauerwirkungen.* Es bedarf genauer Kenntnis des ganzen Menschen,

eindruckes herangezogen werden dürfen. [illegible]
fragwürdige Hilfe gerade bei den Persönlichkeiten, die von einmaliger affektiver Umstimmung Dauerbeeinflussungen davontragen würden, da diese ungemein reagibelen und haftsamen Naturen mühe- und gefahrloser anderweitig behandelt werden können.

Die *affektiven* und *triebhaften* Dauereinstellungen sind hier, wie in den meisten Fällen, weit geeigneter; die Kampf-, Liebes- und Ruhetriebhaftigkeiten, Betätigungs-, Besitz- und Erhaltungsdränge in primitiver und differenzierter Form, wie z. B. Mut, Eifersucht, Anlehnungsbedürfnis, geben dem umsichtigen Wachpsychotherapeuten unersetzlich wertvolle Waffen; er muß in geeigneten Fällen verstehen, das therapeutische Einzel- oder Gesamtziel mit diesen Strebungen zu verkoppeln, um ihre im Gegensatze zu kurzlebigen Affektwandlungen ermüdungslose Dauerwirkung wertvoll zu machen. Dann sind die Leistungen z. B. der Ignorier-, Isolier- oder psychischen Abstinenzkur keine Wunder mehr. Namentlich bei Kranken wenig differenzierter Art oder mit Defekten ist ein solches Vorgehen angezeigt; es wird daher ganz besonders mit affektiven Eigenheiten arbeiten, die im täglichen Leben nicht eben als Vorzüge gelten, und sie auch nie unterstützen, sondern nur als unvermeidliches Übel dem guten Zwecke dienstbar machen: Feigheit, Eitelkeit, Geiz, Eigensinn, Eifersucht, Neid, um nur einige alltägliche Stichworte zu geben, müssen in entsprechenden Fällen bei der Arbeit helfen. Auch hier ist nach Lage der Sache nur ein „unbewußtes", unwissentliches Verfahren möglich und erfolgreich. Dagegen darf bei Hochwertigen bewußterweise an das Ehrgefühl, die Gewissenhaftigkeit, das Vertrauen appelliert und ihre bewußte Weckung im Rahmen rationeller Wachpsychotherapie gepflegt werden.

Wesentlich zurückhaltender wird sich die kritische Wachpsychotherapie gegenüber der Verwendung von „Stimmungen" verhalten; diese den Gefühlszuständen und Reaktionsweisen nahestehenden seelischen Gebilde teilen auch ihre Gefahren: die Unbeständigkeit, die große Schwierigkeit der Beurteilung und die Tendenz zu spurlosen Abklingen und anschließenden Kontrastwirkungen. Darum muß hier, ebenso wie dort, genaue Kenntnis der Gesamtpersönlichkeit, namentlich hinsichtlich der Stabilität solcher Zustände gefordert werden, soll nicht der Psychotherapeut zum spittelhaften Altweibertröster werden. Sehr wesentlich kann

es sein, kürzere, meist reaktive Stimmungen bei sonst Intakten zu bestimmten Festlegungen zu benutzen, z. B. einen gründlichen Kater bei beginnendem Alkoholismus zur Einleitung freier Abstinenz; die Weiterführung eines solchen „Bekehrten" wird allerdings stetige und zahlreiche Aufgaben stellen. Eine Stimmung, die oft mit sehr gutem Erfolge provoziert werden kann, darf hier noch als Schulbeispiel erwähnt werden: der Ärger. Verschleppte Rekonvaleszenzen und torpide Neurosen unterliegen seinem erfrischenden Einflusse oft überraschend schnell, namentlich, wenn eine gewisse Eignung zu solchen Reaktionen besteht. Allerdings wird der Psychotherapeut womöglich versuchen, sich nicht selbst zum Objekte des Ärgers zu machen; in aussichtsreichen Fällen darf er aber auch hiervor nicht zurückschrecken und muß nur anstreben, die Angehörigen des Kranken vorher über Planmäßigkeit und Absicht seines Vorgehens zu unterrichten. Nun läßt er z. B. plötzlich seine Besuche ausfallen und reagiert auch auf keinerlei Telephonruf, bis der Patient plötzlich in seinem Sprechzimmer erscheint und den Erfolg der „Verärgerungstherapie" beweist. So ausgezeichnete Wirkung eine derartige haben kann, so sehr muß der kritische Wachpsychotherapeut sich hüten, ohne genaue Indikation beleidigend oder kränkend zu sein, obwohl es eine Gruppe wehleidiger Willensschwächlinge gibt, die nur auf einen solchen Peitschenhieb reagieren. Doch darf er nur in völliger Ruhe, Überlegung und Sachlichkeit verabfolgt werden.

Als Musterbeispiel für zweckmäßige wachpsychotherapeutische Affektbenutzung finde noch ein Beispiel Platz, das ich mündlicher Mitteilung verdanke. Ein oberschlesisch-polnischer Arbeiter verletzt sich leicht am kleinen Finger der linken Hand und stellt jeden Gebrauch des linken Armes ein; während der Kassenarzt versucht, den Kranken wieder zur Arbeit zu bewegen, gibt ihm ein „Spezialarzt" ein Attest, er leide an schwerer Nervenkrankheit, an „traumatischer Neurose", vielleicht Neuritis ascendens, und sei 66⅔ % erwerbsunfähig. Im Verlaufe der anschließenden Begutachtungen gelang es einem Kollegen, den bis dahin völlig „Refraktären" zu „heilen"; er stellte ihm vor, daß er gesund sei, rechnete ihm vor, wieviel Geld er dadurch verloren habe, daß er nur 66 % Rente statt Vollgehalt beziehe, wie sonst, und verstand es nicht nur, die Habgier des Kranken und damit die Gesundung zu wecken, sondern erreichte durch die energische affektiv ankernde Umstellung, daß der Kranke sich mit einer Klage wegen Kunstfehler gegen den erwähnten Spezialisten wandte, der ihn so krank gemacht habe.

funktion des Kranken. Dabei wird unter Assoziationsfunktion eine Verknüpfung von *Vorstellungen* verstanden, wie dies der psychologische Sprachgebrauch entwickelt hat, obwohl vom kritisch-psychophysiologischen Standpunkte aus eigentlich eine Verbindung ihrer gemeinsamen *Spuren* angenommen werden muß. Für die psychologische und psychotherapeutische Verwendung darf dieser Umstand als dauernde Reservatio mentalis gelten und der Kürze halber von *Vorstellungs*verknüpfungen gesprochen werden, hier in dem engsten Sinne, daß nur an die psychotherapeutischen Möglichkeiten erinnert werden soll, die sich ganz speziell aus einer Vorstellungsbeeinflussung ergeben, während allgemeinere Methoden, die sich zum Teil auch assoziationspsychologisch darstellen lassen, hier nicht Platz finden sollen; so z. B. die Duboissche Methode, die sich mehr an die Persönlichkeit des Kranken im ganzen wendet.

Im Mittelpunkte aller hier interessierenden Fragen steht das „psychische Milieu", die wissentliche oder unwissentliche Einpflanzung von Vorstellungen durch Dauereinprägung, ohne wesentliche Denkarbeit; sie erklärt den guten oder bösen „Geist" eines Hauses, einer Zeit, einer Menschengruppe, vieles am Berufstypus, am Alltagsvorurteil u. v. a. m. Solche Einpflanzung steht, je unwissentlicher sie geschieht, um so näher der Suggestion, von der sie in vielen Fällen kaum abzutrennen ist; geschieht sie wissentlich und mit aktiver Unterstützung des Behandelten, so führt sie an die Grenze von Lernen, Üben und Gewöhnen. Zwischen diesen Übungsgebieten liegt die eigentliche Heimat der *Assoziationstherapie*, deren prinzipielle Eigenart mit dieser Benennung Moll zum ersten Male betonte. Tagesumgebung, Lektüre, Gespräche, etwa auch mit suggestiver Nachhilfe Träume — alles wird bestimmten Vorstellungen unterstellt und benutzt, sie immer weiter zu wecken. Der homosexuell gefährdete Bisexuelle z. B. wird dauernd mit Vorstellungen heterosexueller Art in Berührung gebracht — für solche Fälle besonders empfahl Moll die Methode — so daß eine assoziative Diätkur stattfindet. Die wesentliche Unterstützung solcher Bestrebungen durch Lektüre hoben namentlich Binswanger, Oppenheim und Loewenfeld hervor. Durch vielseitiges Arbeiten mit Bildern, Gesprächen, Lektüre, Kunsterlebnissen usw. läßt sich eine fast ununterbrochene Belebung bestimmter Vorstellungen erzielen, die immer mehr in die Persön-

lichkeit einwachsen, während die gleichförmige Wiederholung derselben Darbietungsweise Ermüdung oder Gleichgültigkeit auslöst. Auch Dubois, Moll u. a. legen mit Recht auf diese abwechselnde Nutzung verschiedener Vehikel für denselben Inhalt auf Grund ihrer Erfahrungen das größte Gewicht. Wird so ein Urteil eingeimpft, so wird das Verfahren inadäquat, da ein Urteil Gründe fordert, und bekommt wieder stärkere suggestive Färbung. Wie stark die Wirkung solchen Vorgehens ist, beweisen die Alltagserfahrungen vielfachster Art, besonders aus dem Gebiete der Reklame, bei deren Beurteilung allerdings meist die „Suggestion" über einfachen Reproduktion mechanisch begünstigen, spielen hier eine wesentliche Rolle, wie bei der Assoziationstherapie.

Damit ist die Funktion der Erinnerung berührt, die mnemische Funktion, deren biologische Allbedeutung der Physiologe Hering sehen lehrte, indem er darauf hinwies, daß ein „Erinnern" keineswegs an *nervöse* Apparate gebunden, sondern alles *Lebendigen ist.* Dieser phylogenetischen Ehrwürdigkeit entsprechend enthält der Erinnerungsmechanismus *reichlichst* mechanisches Material, so sehr dies auch im komplexen *und differenzierten* höheren psychischen Erleben durchwirkt, verbrämt und mannigfaltigen Fädenzügen folgend erscheinen mag. Prinzipiell scheidet sich die Haftfähigkeit für neue Eindrücke, Wernickes *Merkfähigkeit*, von der Herrschaft über den vorhandenen Besitz, dem *Gedächtnis* im engeren Sinne; neben diesen Grundunterschieden verlangt die Lernfähigkeit als Merkübungsfähigkeit, und die Festigkeit ihrer Erfolge, die *Lernfestigkeit* besondere Berücksichtigung. Der Psychotherapeut muß sich hüten, zu enge Korrelationen zwischen diesen Leistungen anzunehmen, und sich von der differentiellen Psychologie (W. Stern) davor warnen lassen, in diesen Grundfunktionen generelle, bei jedem Individuum für verschiedene Gebiete gleichwertige Mechanismen zu sehen. Er muß wissen, daß Gedächtnis und Merkfähigkeit *weitgehend spezialisiert* und individuell variabel sind, und daß fehlende Reproduktion nicht mit fehlender Erinnerung verwechselt werden darf.

So sehen wir bei demselben Menschen neben fast fehlendem *Zahlengedächtnis ein* ausgezeichnetes musikalisches Gedächtnis, *bei einem anderen ein* hervorragendes Gedächtnis für Gesichter *neben der Unfähigkeit,* Namen zu behalten; bei Reproduktions-

...ufungen gelingt es unschwer nachzuweisen, daß zahlr...
...ente noch reproduktionsfördernd wirken, die von der ...
...son trotz größter Anstrengung nicht bewußt angeget...
...nen, so daß ein „unbewußtes Lerneffekt" besteht. ...
...duktion als aktives, tätiges Geschehen verlangt ...
...ere Bereitschaft des Materiales, als die Gedächtnisf...
..., so daß vom Fehlen der Reproduktion nur mit gro...
...ung auf gedächtnismäßigen Ausfall im engeren ...
...ossen werden darf. In jeder Psyche ist reichlich M...
...en, das nicht beliebig reproduziert werden kann, ...
...er vergessen noch eigentlich „unbewußt", sonder...
...duktionsgesperrt, „unterbewußt" ist. Daher beda...
...e Funktion exakter Fassung.

Nicht nur aus theoretischem Interesse! De...
psychophysiologischen Leistungsprüfung d...
...sfunktionen liegt ein wachpsychothera...
...tor von größter Bedeutung, der bisher n...
...imentell-psychologisch orientierten Untersuchung...
...vorgehoben worden ist; ihre regelmäßige V...
...wachpsychotherapeutischen Arbeiter...
...eten Fällen erscheint dringend wün...
Darum soll die Leistungsprüfung hier eingehend ...
werden.

Besonders Ranschburg, der in geistvoller W...
mische Funktion von Merkfähigkeit und Gedächtnis...
rückwärtsschauendes Janushaupt" bezeichnet, hat in...
die grundlegenden Forschungen von Wundt, ...
G. E. Müller u. a. in jahrelangen schematischen ...
handliche Methoden für die Prüfung des gesunde...
vorwärtsschauenden Gedächtnisses, der Merk- und ...
geschaffen und ein Material klinischer Anwendung...
nun dem wissenschaftlichen Wachpsychotherapeut...
steht. Für die psychotherapeutische Praxis wird ...
Merkprüfungen unter Annäherung an experimentelle...
schiedene Aufgaben erfüllen; während die *experi...*
logie im eigentlichen Sinne, wie wir sie Wur...
Schülern Denken, mit Hilfe des Experimentes *a...*
haftigkeit des Psychischen herauszustellen suc...
Hoffnung Geleitet wird, *„Gesetze allgemeingültige...*
verwendet der Psychotherapeut die Ergebnisse ...
schen" Verfahrens — im Sinne von Windelb...

Grundlage, aus dem „Forschungsexperiment" der *generellen* Psychologie wird das „Prüfungsexperiment" der *differentiellen* Psychologie (W. Stern). Nicht allgemeine, außerindividuelle Gesetzmäßigkeiten will der Psychotherapeut finden, sondern das Experiment als vergleichende Meßmethode psychophysischer Leistung sinngemäß anwenden.

Ein Beispiel möge das verdeutlichen! Ein nervös-erschöpfter Patient klagt über Gedächtnisschwäche im Sinne der Vergeßlichkeit; theoretisch-wissenschaftlich würde nun eine experimentelle Untersuchung darüber zu fordern sein, welche Faktoren psychischer Leistungen diese Störungen bedingen; wochenlange Serienversuche unter Zuhilfenahme komplizierter Apparaturen müßten den Leistungsbereich immer mehr variieren und einengen, bis der Mechanismus widerspruchslos geklärt wäre. Anders der Psychotherapeut! Er wird durch eine ausreichend exakte Leistungsprüfung die Anfangsleistung messen und nach bestimmten Behandlungsperioden die Messung wiederholen, sich selbst zur Orientierung und Kontrolle, und dem Kranken als Beweis seines Fortschrittes, was besonders für einsichtige Kranke von größter Bedeutung ist.

Zu solcher Prüfung kommen besonders zwei Methoden in Frage; *Ranschburg* läßt bestimmt gebaute *Wortpaare* merken, während die Mehrzahl der experimentell psychologischen Untersuchungen *sinnlose Silben* zum Merken und Lernen benutzte, um Unterstützungen des Lernens durch individuelle Hilfen möglichst umzuschalten. Die sinnlosen Silben müssen vor allen Dingen *wirklich sinnlos* sein; ferner müssen sie genügend *einzel-charakteristisch* gestaltet werden. Denn wenn eine Reihe von z. B. 10 sinnlosen Silben eine größere Menge stark ähnlicher Elemente enthält, ist die Gefahr der Entgleisung bei der Reproduktion *gemein groß; ja* es lassen sich, wie Ranschburg u. a. zeigten, Reihen bauen, bei denen diese Ähnlichkeitsstörung, die „generative Hemmung", so stark wächst, daß die Reihe unlernbar wird! Sehr schnell und zweckmäßig lassen sich sinnlose Reihen so gewinnen, daß auf einen Bogen in der Mitte, in senkrechter Folge mit weiten *Zwischenräumen* sämtliche Vokale und Diphthonge gesetzt und am linken Rande absteigend, am rechten aufsteigend das Alphabet. Nun braucht nur nach Gesichtspunkten der Variation und *unter Vermeidung von* Sinnworten ein Konsonant links über einen Mittelvokal nach rechts an einen anderen angeschlossen zu werden, und es ergeben sich ganz einfache, klare und gut zu merkende *Reizsilben.*

Zweckmäßig erfolgt ein Vorversuch mit einer ganz geringen Silbenzahl, z. B. 4; im Hauptversuche mit sinnlosen Silben werden 10 dem Prüfling vorgesprochen oder zum Vorlesen gezeigt. Er wiederholt sofort, was er behielt und wird nun 2 Minuten lang durch ein indifferentes Gespräch abgelenkt; dann werden die 10 Silben wieder exponiert, vom Prüfling reproduziert, und es erfolgt abermals eine Ablenkung von 2 Minuten. So wird die Einprägung 10 mal wiederholt und 5 Minuten nach der 10. Einprägung, sowie nach 24 Stunden kontrolliert, was Dauerbesitz wurde. Ist so die *rein mechanische* Haft- und Lernfähigkeit bestimmt, so kann durch einen Parallelversuch der Einfluß festgestellt werden, den *inhaltliche* Momente auf die Gedächtnisfunktion haben. Es werden in derselben Weise 10 einsilbige, nicht klang- und nicht inhaltverwandte *sinnvolle* Worte eingeprägt. Während fehlerfreie Reproduktion von 10 sinnlosen Silben nach wenigen Expositionen eine seltene Ausnahmeleistung bedeutet, werden 10 Sinnworte im allgemeinen bald glatt reproduziert.

Um die Leistungen und ihre Messung in der ganzen Behandlung verwerten zu können, muß eine genaue Aufzeichnung des Versuches erfolgen. Außerdem gibt eine gute Protokollierung noch weitgehende, therapeutisch wichtige Aufschlüsse. Darum empfiehlt es sich, für diese Prüfungen kleine Schemata vorrätig zu halten.

1. Leeres Schema I.

Die Reproduktionssilben werden nach der Reihenfolge beim Reproduzieren nummeriert und in die senkrechten Spalten des linken Feldes jedesmal bei der Reproduktion eingetragen. Im rechten Felde wird die Gesamtzahl bei jeder Reproduktion gelieferter Silben von unten nach oben eingesetzt, so daß die erste Spalte links den Ablauf der ersten Reproduktion, die erste Spalte rechts ihre Gesamtleistung darstellt. Die Felder der linken Seite sind etwas weiter anzulegen, damit hier auch Entstellungen bei der Reproduktion notiert werden können. Ein Beispiel diene zur Verdeutlichung; es zeigt besonders, daß durch Verbindung der Gesamtleistungspunkte rechts eine *Lernkurve* entsteht, die schematisch aber übersichtlich die Gesamtleistung ablesen läßt.

2. Benutztes Schema (frische Erschöpfung mit vorwiegend systematischem Lerntypus).

Die Lernkurve dieses Falles von frischer, unkomplizierter, ganz leicht depressiv gefärbter echter Erschöpfung bei einem Ge-

sunden zeigt bei der ersten Prüfung mit sinnlosen Silben eine gewisse Ratlosigkeit des Lernens; bald wird eine mittlere, bald eine der Anfangs-, bald eine der Endsilben zuerst reproduziert, wie die ziffernmäßige Notierung in den Spalten links zeigt; die mecha-

Krankheit: *Name:*

		Nach 5 Min.	Nach 24 Std.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nach 5 Min.
1														10											
2														9											
3														8											
4														7											
5														6											
6														5											
7														4											
8														3											
9														2											
10														1											

nische primäre Haftfähigkeit ist ungemein gering, trotzdem der Lernzuwachs recht ergiebig. Aus den Untersuchungen von Ranschburg, Gregor u. a. ist ja bekannt, daß selbst bei klinisch äußerst groben, zur Desorientierung führenden Merkstörungen, wie sie

1. Merkkurve.

Merkkurve: No. *5. II. 17*

		Nach 5 Min.	Nach 24 Std.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nach 5 Min.
1	rien	1						1		1	1		1	10											
2	auz			fauz		fauks		2		fauks	fauks		2	9											
3	lohm	2	2					lohz			2	6	3	8											
4	zühl	3	1	1						2	3	5	4	7											
5	peig	4			feiz		1		4	3		4	8	6											
6	gat									6				5											
7	ruff						3			5	5	3		4											
8	brok	5			1				3			2	5	3											
9	frepp					2			1				7	2											
10	gor	6			nohr	1	2	nohr	2	4	4	1	6	1											

		Nach 5 Min.	Nach 24 Std.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nach 5 Min.
1	Fach	1							6	8		7	8	10											
2	Stoß	2	3	3	1	5	3	3	7	5	7	5	6	9											
3	Blick				2	6	5	6		9		9		8											
4	Plan	3	2			4	7	4	8		8	8	9	7											
5	Lust	4						5	9	7	4		7	6											
6	Baum	5	1						4	4	5	4	4	5											
7	Trieb	6		2	3	7	6		5	2	2	2	2	4											
8	nie	7	4	4	4	3	4	7	3	3	3	3	3	3											
9	Leid	8				2	2	2	2	6	6	6	5	2											
10	rasch			1		1	1	1	1	1	1	1	1	1											

etwa vorgeschrittene Paralytiker oder Korsakoff-Kranke zeigen, die *Lern*fähigkeit erhalten bleibt. Die Ungenauigkeit des primär mechanischen Haftens zeigt sich weiter in einer Fülle von Silbenstellungen. Aus der Silbe „auz" wird, wohl in Kontamination mit

„frepp“ ein „fauz“, das bis zum achten Versuche hartnäckig seine Stellung behauptet und im neunten Versuche, wohl an „peig“ assimilierend, zu „feiks“ wird; da diese Entstellungen häufig im assoziativen Mechanismus wurzeln, sie außerdem Zwischenplätze zwischen mehreren Reizsilben einnehmen und so von mehreren Merkresten immer wieder zugleich reproduktiv angeregt werden, ist ihre Konstanz in der Reproduktion besonders leicht verständlich, so paradox es auf den ersten Blick erscheint, daß gerade Reproduktionselemente, die der Reizreihe fremd sind, ganz besonders konstant zur Geltung kommen. Die Dauerhaftung nach 5 Minuten und 24 Stunden für sinnloses Material ist mäßig, aber nicht besonders ungünstig (sechs sinnlose Silben nach 5 Minuten, zwei nach 24 Stunden).

2. Merkkurve.

Krankheit: *Nervöse Erschöpfung.*
Depressive Form.
Bemerkungen:

Name: No., Fabrikarbeiter.
geb. 22. III. 85 zu Sch. Kr. P.
Datum: 28. XI. 17.

		Nach 5 Min.	Nach 24 Std.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		Nach 5 Min.
1	duf	1					1	1	1	1			1	10	
2	kez	2					2	2	2	2	2	2	7	9	
3	lim	3								3		3	2	8	
4	boss							5			1	1	3	7	
5	guhl	4	2	2	3	2	4	3	3	4	3	4	4	6	
6	deib										5			5	
7	fög					für								4	
8	zaut			3	2			säutz		6	6	6	6	3	
9	neup			leup		3								2	
10	loom	5	1	1	1	1	3	4	4	5	4	5	5	1	

		Nach 5 Min.	Nach 24 Std.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		Nach 5 Min.
1	Rad	1		1	6	1	1	1	1	1	2	1	1	10	
2	Mehl	2	4	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	9	
3	Kind	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	8	
4	Tor	4	5		4	4	7	4	4	4	4	4	4	7	
5	Schuft	5	6								8	9	8	6	
6	reich	6					6	7		8	7	8	9	5	
7	Laub	7	2		5	6	5	5	6	6	5	7	5	4	
8	Roon								7	7		6	7	3	
9	Burg							8	8	9	9	10	10	2	
10	Block		1	4	2	5	4	6	5	5	6	5	6	1	

Bei der Einprägung sinnvoller Worte ist der Lernzuwachs wesentlich schneller; die Reihenreproduktion geschieht mit Ausnahme von Reihe 2 rückläufig, vom Endworte ausgehend und systematisch aufbauend. Übereinstimmend lehren beide Reihen eine primäre, mechanische Haftschwäche, wie sie der echten somatopsychischen Erschöpfung eignet.

Kleine Viersilbenreihen wurden im Vorversuche glatt reproduziert, ein umständlicher Satz mit Zahlen und Eigennamen beim fünften Male lückenlos.

Eine Nachmessung 4 Wochen später ergibt geringe, deutliche Besserung des primären Haftens besonders bei sinnlosem Material, und der Dauerhaftung (Kurve 2).

Der Lerntypus ist bei sinnlosem Materiale wechselnd, vorwärts- und rückläufig, bei sinnvollem gleichmäßig vorwärtslaufend, die Silbenstellungen sind viel seltener geworden.

Ist diese Besserung nicht ein Übungserfolg?

Um diese Fehlerquellen zu vermeiden, muß selbstverständlich stets zu jeder Nachmessung eine neue Reizreihe benutzt werden; von der einmaligen Absolvierung des Prüfungsverfahrens ist ein sehr wesentlicher Übungseffekt nach den Ergebnissen der experimentellen Forschung nicht zu erwarten. Er läßt sich bis zu einem gewissen Grade dadurch feststellen, daß nach abermaliger längerer Behandlung neben der neuen Prüfungsreihe eine der bereits früher exponierten gegeben und geprüft wird, wie weit diese schon „bekannte" Reihe, an die der Prüfling sich bewußt meist gar nicht mehr erinnert, besser reproduziert wird. Diese Methode wird in der experimentellen Psychologie als „Ersparnisverfahren" bezeichnet. Als Beispiel diene derselbe Kranke nach weiteren 4 Wochen allgemeiner Behandlung (Kurve 3 und 4).

3. Merkkurve.

Name: No. *Datum: 19. XII. 17*

		Nach 5 Min.	Nach 24 Std.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nach 5 Min.
1	raz	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	10											
2	behl	2			2	2	2	3	3	2	6	2	2	9											
3	sitt		2	3	3	3		2	2	3	2	3	3	8											
4	groff	3	3			4	3	4	4	4	3	4	6	7											
5	raul													6											
6	skla			2										5											
7	zien	4					5	5	6	6	4	7	7	4											
8	nud										nod	6	4	3											
9	geep													2											
10	suhr	5	4	1	4	5	4	6	5	5	5	5	5	1											

		Nach 5 Min.	Nach 24 Std.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nach 5 Min.
1	Bahn		1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10											
2	Teer	1			2	2	2	2	2	2	2	2	2	9											
3	Krieg	2	2	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	8											
4	soll									8	8	9	9	7											
5	rund	3							4				10	6											
6	Heu	4			6	6	5	4	7	4	4	5	8	5											
7	Wein	5	5				7	8	8	7	6	7	6	4											
8	Stück	6	6	2	4	4	6	7	5	9	9	4	4	3											
9	Meer	7	4					5	9	6	5	6	5	2											
10	Wolf	8	3	1	5	5	4	6	6	5	7	8	7	1											

4. Merkkurve (Ersparniskurve).

Name: No. *Datum: 18. XII. 17.*

		Nach 5 Min.	Nach 24 Std.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	duf	1				1		1		1	1	1	1	10
2	kez	2	3				2	2	6	2	3	2	2	9
3	lim	3	4	4	4	5	3	3	1	3	2	3	3	8
4	boss	4			5			5	3		5	8	8	7
5	zuhl	5	1	1	2	3	4	4	2	4	4	4	4	6
6	deib	·		3	3	2	1							5
7	fög	6					6		7	5	8	5	9	4
8	zaut							fauz					7	3
9	neup	7	5						4	6	6	6	6	2
10	loom	8	2	2	1	4	5	6	5	7	7	7	5	1

		Nach 5 Min.	Nach 24 Std.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	Rad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
2	Mehl	2	7	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	9
3	Kind	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	8
4	Tor	4	3	3	4	4	4	4	8	4	4	4	4	7
5	Schuft	5	6		5	8	8		9	8	9	9	5	6
6	Reich	6						8		9	10	5	10	5
7	Laub	7	4	6	7	6	7	5	6	5	8	7	8	4
8	Roon	8					9	7	7	7	6	8	9	3
9	Burg					5	5	9	4		5	10	6	2
10	Block	9	5	5	6	7	6	6	5	6	7	6	7	1

5. Merkkurve.

Name: No. *Datum: 22. II. 18.*

		Nach 5 Min.	Nach 24 Std.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	gaus	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
2	behk	2	5		2	2	2	2	2	2	2	2	2	9
3	sutt	3				5					3	3	3	8
4	daz							duz				4		7
5	lämm									8			4	6
6	peig	4		2	pein	3	3	6	6	5	6	5	9	5
7	scheff	5	4				4	3	3	4	4	9	5	4
8	zien	6	2					5	4	3	5	8	8	3
9	toss	7								6	7	6	6	2
10	rull	8	3	3	3	4	5	4	5	7	8	7	7	1

		Nach 5 Min.	Nach 24 Std.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	toll	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
2	Raum	2				2	2	2	2	2	2	2	2	9
3	Kinn	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	8
4	Loos	4					8	4	4	4	4	4	4	7
5	frei							8	9	9			5	6
6	Dunst	5	6		6	7	4		5	10	5	6	10	5
7	Meer	6	4		5	6	5	5	8	5	6	7	6	4
8	neu	7								6	9	5	9	3
9	Knie	8	3	3	3	4	6	6	6	7	7	8	7	2
10	Bahn	9	5	4	4	5	7	7	7	8	8	9	8	1

Kurve 3 zeigt nun fast eine Normalleistung ohne wesentliche Silbenentstellung bei sinnlosem Materiale, guten gleichmäßigen Lernfortschritt, sehr gute Dauerhaftung, ebenso durchans regelrechte Leistungen bei sinnvollem Material. Diese gute Mittelleistung der Kurve 3 wird aber von Kurve 4 übertroffen, der die Reproduktion derselben Reizreihe zugrunde liegt, wie im Versuche 2. Auch hier spukt noch die kontaminierte Silbe „fautz" nach 2 Monaten einmal im Protokolle! Kurve 4 zeigt den unbewußten Lerneffekt ungemein deutlich, ein Musterbeispiel für das „Ersparnisverfahren"; zu gleicher Zeit ergibt die bessere Leistung in Kurve 4 ein gewisses Maß für die Urteilsfälschung durch eigentliches Lernen und Üben. Nach weiteren 6 Wochen ist die Lernleistung völlig normal (Kurve 5), auch hier liefert das Ersparnisverfahren Überleistung (Kurve 6).

6. Ersparniskurve.

Name: No. *Datum: 27. II. 18.*

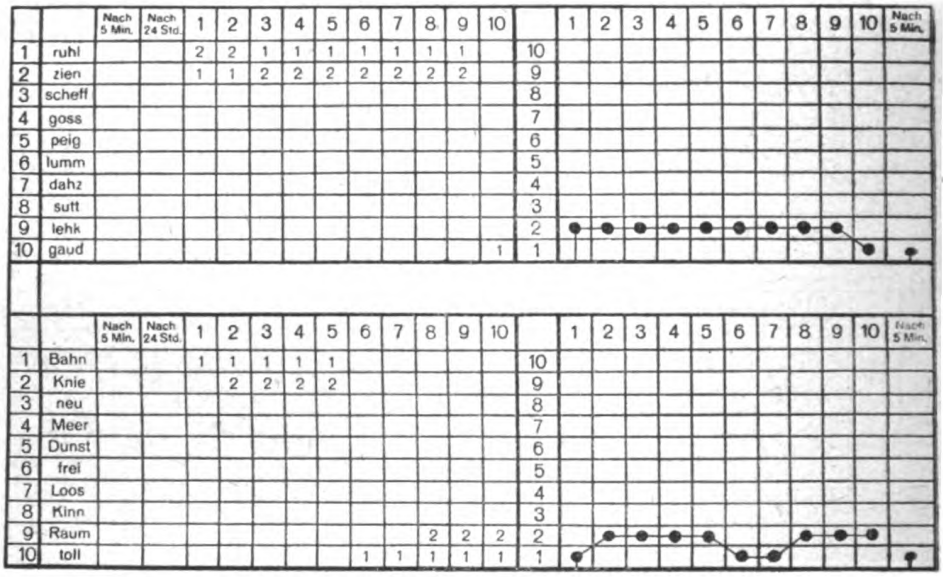
		Nach 5 Min.	Nach 24 Std.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nach 5 Min.
1	raz	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10											
2	behl	2	2		2	2	2	2	2	2	2	2	2	9											
3	sitt	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	8											
4	groff	4	7			gof			7			3	4	7											
5	raul					4	7	4		4	4	4	9	6											
6	skla	5	6		4	5	6						6	5											
7	zien	6	5							8	8	9	5	4											
8	nud	7	4	3	5	6	4	6	4	5	5	5	8	3											
9	geep	8							6	6	6	7		2											
10	suhr	9					5	5	5	7	7	6	7	1											

		Nach 5 Min.	Nach 24 Std.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nach 5 Min.
1	Bahn	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10											
2	Teer	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	9											
3	Krieg	3	3		3	3	3	3	3	3	3	3	2	8											
4	soll	4							4	4	9	4	4	7											
5	rund	5	4			4	4		5	10	4	7	5	6											
6	Heu	6	9	5	4	5	5	4	6	5		5	6	5											
7	Wein	7	5					8		6	8	10	9	4											
8	Stück	8	6	3	5		6	5	8	9	5	6	10	3											
9	Meer	9	8			6	7	6	9	7	6	8	8	2											
10	Wolf		7	4	6	7	8	7	7	8	7	9	7	1											

Die Benutzung der mnemischen Leistungsmessung ist für die objektive Kontrolle der Erholung Nervöser und allgemein Erschöpfter von grundlegender Bedeutung; da sie keinerlei Apparatur erfordert und von gewissenhaftem und verständigem Personal (Oberpfleger, Schwester) ohne weiteres durchgeführt werden kann, sollte sie mindestens zu Beginn und Ende jeder Behandlung angestellt werden. Voraussetzung ist allerdings, daß der Prüfling auch nach Kräften leistet. Selbst-

verständlich muß die Beurteilung der Gesamtpersönlichkeit für die Verwertbarkeit der Resultate entscheiden; doch ist es nicht eben leicht, gerade auf dem mechanisch-mnemischen Gebiete zu aggravieren. Die dadurch entstehenden Kurven sind zu durchsichtig, wie das folgende Beispiel zeigt. Ein solches völliges Fehlen der Lernfähigkeit gibt es selbst bei schweren Psychosen nicht; es handelt sich um willkürliche Fälschung (Kurve 7).

7. Simulationskurve.

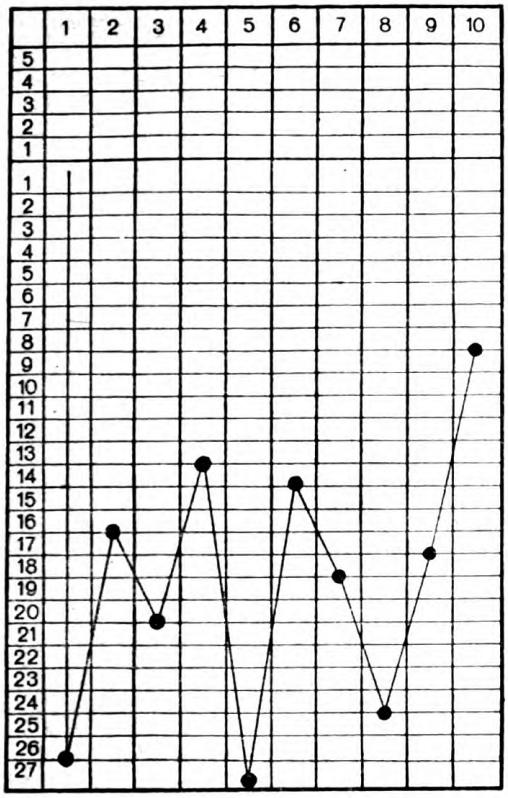


Ferner ergänzt der Psychotherapeut zweckmäßig die mnemische Leistungsprüfung durch eine einfachste Aufmerksamkeitsprüfung, die hier auch Platz finden möge, um die experimentalpsychologischen Leistungsprüfungen im Zusammenhange zu erörtern.

Theoretisch ist die Frage der „Aufmerksamkeitsprüfung" noch ungelöst; dies hat seinen Grund zum Teil in technischen und allgemein psychologischen Hindernissen, zum Teil in den begrifflichen Schwierigkeiten der Aufmerksamkeit, die ja bereits weiter oben angedeutet wurden. Für die psychotherapeutische Praxis muß nun ein Verfahren angewendet werden, daß unter möglichster Vermeidung von Ermüdungsstörung die Kontrolle einer gleichmäßigen Leistung erlaubt; fortlaufendes Addieren, das in der experimentellen Psychologie mit Recht an erster Stelle steht (Kraepelin), stellt für viele Patienten der Psychotherapie zu hohe Anforderungen.

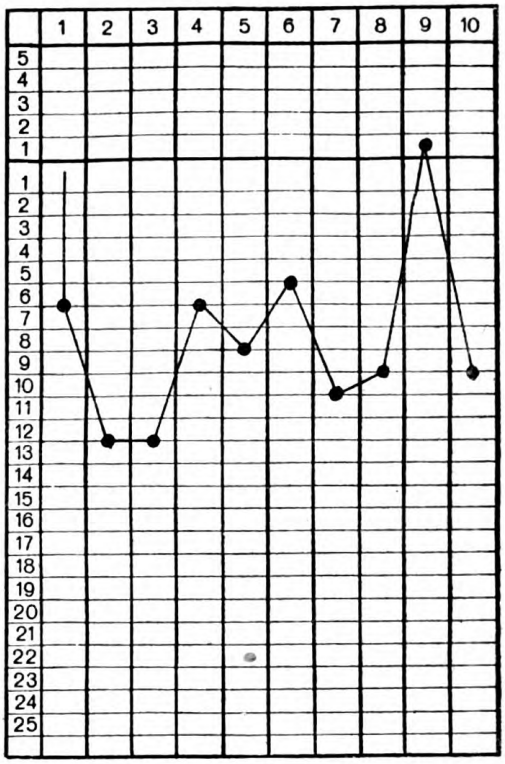
1. Aufmerksamkeitskurve.

Name: No. *Datum: 5. XI. 17.*



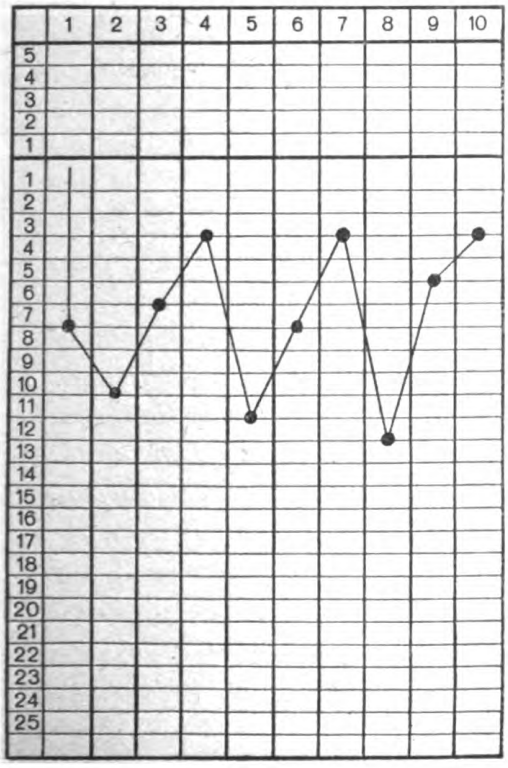
2. Aufmerksamkeitskurve.

Name: No. *Datum: 28. XI. 17.*



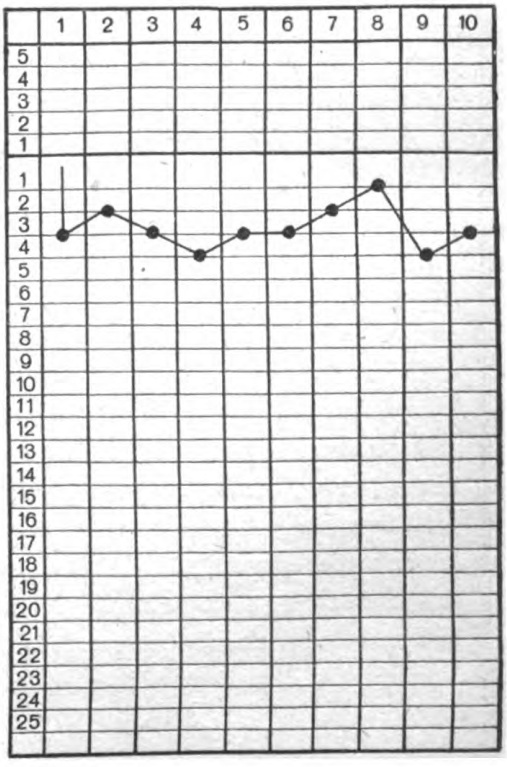
3. Aufmerksamkeitskurve.

Name: No. *Datum: 19. XII. 17.*



4. Aufmerksamkeitskurve.

Name: No. *Datum: 28. II. 18.*



Ich empfehle daher für die psychotherapeutische Praxis neben den von mir ausgearbeiteten einfachen Merk- und Lernprüfungen eine Modifikation der Bourdonschen Methode; die Aufgabe besteht darin, in einem sinnlosen Drucktext bestimmte Buchstaben, z. B. das kleine e, laut zu zählen. Der Prüfling bekommt den Text in die Hand und beginnt dann laut zu zählen. Der Text ist so eingeteilt, daß jeder Abschnitt 60 Zählbuchstaben enthält; nach jedem Abschnitte beginnt die Zählung wieder mit 1. Der Text enthält 10 Abschnitte. Die Endzahl wird notiert und nun in eine Kurve eingetragen, bei der eine starke horizontale Mittellinie 60 darstellt, so daß + und — Abweichungen aufgetragen werden können. Auch diese Registrierung zeigt die gute, glatte Erholung im erwähnten Falle; von großem Interesse sind die regelmäßigen rhythmischen Schwankungen der Leistung (Kurve 31), die in anderen Fällen noch viel ausgesprochener sind, während im Gegensatze dazu eine „mala voluntas" ganz unregelmäßige Schwankungen ergibt.

Die Aufschlüsse diagnostischer Art sind aber nicht das psychotherapeutisch Wesentliche; es ist ja auch nicht Aufgabe dieser Darstellung, eine Übersicht über die psychopathologische Diagnostik zu geben! Für den Wachpsychotherapeuten sind diese mühelos und ohne Benutzung umständlicher Apparate zu gewinnenden Feststellungen als *Kontrolle* des Kranken von Bedeutung, sie können ihm ferner in der Behandlung von gebildeten und nosophoben Rekonvaleszenten und Neurotikern ausgezeichnete Dienste leisten, um die oft von dem Kranken noch kaum bemerkte oder aus irgendwelchen Motiven bestrittene Besserung zu demonstrieren, in gleicher Weise ein Argument des Trostes, wie der Ermunterung.

Gewiß stellen die hier empfohlenen Prüfungen nur Stichproben dar; sie haben den Vorzug einfacher Anwendbarkeit und relativ weitgehender Einsichtigkeit in den mnemischen Mechanismus. *Doch muß die Selbstverständlichkeit noch besonders betont werden,* daß sie *nicht nur intakter Gesamtfunktion* als Voraussetzung *bedürfen und zahlreiche andere Umstände*: *Ermüdung, Ablenkung, voluntäre Faktoren usw. in sich schließen, sondern* zur Ableitung allgemeiner Schlüsse noch zahlreichste ergänzende Parallelmessungen verlangen; nur als Prüfungsexperiment, als **„Testversuch"** füllen sie ihren Platz entsprechend aus und bilden so nicht eine primitive Psychodiagnostik, sondern einen Meßversuch, der sich mir gerade an

nervösem und rekonvaleszentem Krankenmaterial in ausgedehntester Anwendung wachpsychotherapeutisch glänzend bewährt hat, so daß ich mich für berechtigt halte, gerade diese Testversuche für die Wachpsychotherapie zu empfehlen. Praktisch wird aus jeder Kurve ein Urteil abgeleitet, in dem berücksichtigt wird: 1. Primäre Haftbarkeit? sinnlos? sinnvoll? 2. Lerneffekt? sinnlos? sinnvoll? 3. Gesamthaftung und Dauerhaftung? sinnlos? sinnvoll? 4. Lerntypus? Systematisch anbauend? Flucktuierend? 5. Reproduktionstreue? Entstellungen? 6. Reproduktionsumfang? etwa eine bestimmte, von verschiedenen Silben gebildete Zahl? (so daß die Versuchsperson z. B. nie über sechs Silben hinauskommt?) 7. Ersparniswirkung? 8. Ist der Einfluß des Sinnvollen ausgesprochen? Für die „Aufmerksamkeitsprüfung" 1. Gleichmäßige Leistung? 2. Regelmäßige Schwankungen? 3. Sind Übungs- und Ermüdungseinflüsse deutlich? 4. Phantastische Schwankungen? (willkürliche Fälschung?) 5. Übereinstimmung mit der Lernkurve und ihrer Beurteilung?

Immerhin wird der wissenschaftliche Psychotherapeut diese experimentellen Messungen bestimmten Indikationen unterstellen; oft wird er sich darauf beschränken, bestimmte Merkdaten allgemeiner Art dem Kranken einzuprägen und durch vielfache und verschiedenartige Einkleidung eine bestimmte Einheit unmerklich mehr und mehr zum mnemischen Besitze machen; dieses zwischen Suggestion und Lehren stehende, *vor allen Dingen Lernen und Gedächtnis nutzende Verfahren* wird als *„Überredung"* (pithiatisme, persuasion) bezeichnet und muß hier Erwähnung finden, weil es ein *vorwiegend mechanisches* ist. Das unermüdliche Repetieren derselben Inhalte läßt sozusagen ein Daseinsrecht ex usu entstehen und unmerklich zum Persönlichkeitsbesitze werden, was mechanisch herangetragen wurde. Nur wenig kritische und einigermaßen stabile Naturen und für ein solches Vorgehen geeignet, das der Selbständigkeit der Behandelten nicht eben förderlich ist und im allgemeinen nur Dauerwerte schafft, wenn affektive Momente mit im Spiele sind; wenn der Prophet geliebt, bewundert, geachtet oder gefürchtet wird, ist der Inhalt seiner Lehre schon als solcher ein Wert. Es ist in den letzten Jahren oft genug von anderer Seite und von mir in diesem Zusammenhange an Dubois erinnert, der Denkfehler zu bekämpfen glaubt und eine wesentliche Beteiligung suggestiver Faktoren ablehnt, während die enge Pietätsbindung seiner Kranken an seine eindrucksvolle Persönlichkeit jedem deutlich wird, der Gelegenheit hat, Fälle aus Dubois Klientel zu sehen. Babinskis Einseitigkeit sucht alle Möglich-

keiten der Beeinflussung in das eine Wort der „persuasion" zu pressen; so überschätzten erfolgreiche und überragende Spezialisten ihr Spezialwerkzeug und ziehen aus dieser Überschätzung und entsprechenden Überzeugung oft praktischen Gewinn für ihr Gesamtwirken, das zielstrebiger, klarer, bestimmter wird. Trotzdem wird dem kritischen und sachlichen Wachpsychotherapeuten auch die „Prägung" durch Merken und Lernen, das halbsuggestive Einreden nur *eine Methode unter anderen mit bestimmten Indikationen* sein.

Als eigenartige Modifikation der Persuasionsmethoden mit starker Benutzung eigentlich suggestiver Momente stellt sich das Verfahren der „*Autosuggestion*" dar, wie es am reinsten Levy entwickelte. Der Kernpunkt seiner Ausführungen liegt darin, daß viele Neurotische beim Vollzuge einer Willensleistung scheitern, weil sie sich auf die Leistung als solche, nicht auf das Ziel einstellen. Ein Stotterer z. B. denkt nicht, wie der Normale, an den Inhalt des zu Sagenden, sondern daran, daß *er* jetzt *sprechen* müsse, und stört durch diese falsche Fixierung selbst den Ablauf des Automatismus; ein Einschlafender „will" dauernd einschlafen und kommt so nicht zum Vollzuge, da er sozusagen krampfhaft seine Tendenz überhöht. Darum lehrt Levy für die „natürliche Willensbildung" nicht zu „wollen", sondern sich das Ziel als erreicht und vollzogen lebhaft zu vergegenwärtigen. Der Schlafsucher sage sich nicht, ich „will" schlafen, sondern „ich *bin* müde; meine Arme *sind* schwer, ich *schlafe* ein"; gelingt es dem Kranken, sich in einem dem prähypnotischen Zustande ähnlichen seelischen Lösungszustande derartige psychische Inhalte lebhaft zu erzeugen, so daß, wie bei der Freud-Suggestion, ein direktes „Erleben" stattfindet, so kann eine erhebliche Augenblickswirkung erzielt werden, die nur der Steigerung und Fixierung durch Übung und Gewöhnung bedarf, um — gleich der persuasion — die erwünschten Inhalte zu Teilen der Persönlichkeit werden zu lassen. Voluntäre Momente dieses Vorgehens sind weiter unten zu erwähnen.

Der allen diesen Verfahren dienende Mechanismus des *Lernens* ist ein Sonderfall des Übungsvorgangs; besonders die Erörterung der Frage, wie die Willensseite des Kranken wachpsychotherapeutisch zu benutzen sei, wird noch darauf zurückführen; hier soll nur ein Verfahren besondere Erwähnung finden, daß als zweckbewußte Vernachlässigung (Bruns) oder Ignorierungstherapie (Ziehen) die Ausschaltung des Übungs- und Lernvorgangs zum therapeutischen Prinzip erhebt.

Harmlose aktuelle Symptome werden einfach übersehen, Klagen mit dem Hinweise abgetan, daß alle diese Erscheinungen keinerlei Bedeutung hätten und beim aggressiven Produzieren scheinbar alarmierender Zustände, insbesondere irgendwelcher „Zufälle" der Kranke sofort und mitleidlos sich selbst überlassen und jede Annäherung rührsamen Publikums unmöglich gemacht.

Gegenüber der Persuasion als einer Erziehung zum Behalten wird hier *Vergessen angestrebt,* unterstützt durch Mechanismen der Ablenkung. Aber neben diesen primitiven Faktoren enthält die Ignorierungstherapie noch weit komplizierteres Material. Affektiv wird der Kranke darauf hingewiesen, seinem Symptom gegenüber gleichgültig zu sein; die vordem mit Besorgnis und Weichlichkeit gehüteten und kultivierten Symptome werden plötzlich sozusagen außer Kurs gesetzt, entwertet, sie werden zu Bagatellen, mit denen spezielle Auseinandersetzung gar nicht lohnt. Diese Entwertung ist aber nicht nur intrapsychisch für den Kranken selbst erstrebt, sie findet ohne sein Zutun und noch viel durchgreifender für seine Umgebung statt. Wo früher ein unsachliches und verderbliches Bemitleiden jede kleinste Krankheitsäußerung als vollwertig akzeptierte, weht nun dem Kranken der frische Morgenschauer nüchterner Ablehnung entgegen; das Symptom als Waffe der Umgebung gegenüber ist vernichtet. In diesen differenzierteren Zusammenhängen liegt die enorme Bedeutung der Bruns-Ziehenschen Methode, die direkt als ein Ernüchterungsverfahren *κὰτ ἐοχὴν* bezeichnet werden darf. Wird sie, wie in schwierigen Fällen oft unvermeidlich, noch mit einer psychischen Abstinenz- und Isolierbehandlung, deren prinzipielle Bedeutung der Altmeister Binswanger stets betonte, in sachgemäßer Dosierung verbunden, so resultiert ein wachpsychotherapeutisches Verfahren von enormster Bedeutung und Leistungsfähigkeit. Es ist nur bei schweren Psychoneurosen am Platze; in gemilderter Anwendung erlaubt es ganz überraschende Abkürzungen verschleppter Rekonvaleszenzen und Nachbehandlungen, und kann daher für die Allgemeinpraxis nicht dringend genug empfohlen werden. Der geniale Pädiater Czerny hat in einer Vorlesung einmal die Quintessenz dieses Verfahrens für die Allgemeinpraxis in die Worte gefaßt, daß die Idealverordnung für solche Fälle „die absolute körperliche und geistige Langeweile" sei. Anwendung und Ausgestaltung unterliegen den äußeren Bedingungen.

So können *Aufmerksamkeit* und *Einstellung, Empfindungen, Affektivität, assoziative* und *mnemische Mechanismen* in den Dienst

der Wachpsychotherapie gestellt werden. Last not least ist an die Willenserscheinungen zu erinnern.

Dem kritischen Wachpsychotherapeuten ist es selbstverständlich, daß „der Wille" nicht einen Sonderhebel darstellt, auf den nur zu drücken erforderlich ist, um einen bestimmten Effekt zu erzielen; er weiß, daß die „Aktivität" nur eine, wenn auch wesentliche Seite des gesamten Seelenlebens ist. Vom Triebe, der aus Körpergefühlen zielhaft wirkt über die Strebung, die höhere, aber oft unklare psychische Momente enthält, wie z. B. im Heimweherlebnis, führt über die Wunschhandlung, in der zwischen klar erfaßten Möglichkeiten entschieden wird, die lückenlose Reihe zur Willenshandlung höchster Ordnung, in der die Persönlichkeit als Ganzes bewußt durchfühlt und denkend ein Ziel setzt, das oft erst nach Jahren, oft, im treuen Folgen eines Ideales, überhaupt nie erreicht werden kann. Letzte, entscheidende Vorsätze und Lebensformungen, Berufs- und Daseinsziele werden erschaut und in bewußter Anspannung erstrebt. *Aber eben in der Verankerung der vollendeten Willensmanifestation im Ganzen der Persönlichkeit liegt ihre Durchdringung mit Fühlen, Vorstellen, Wollen, Erinnern und ihre Abhängigkeit vom seelisch Ganzen und der Totalität gegenwärtigen und vergangenen seelischen Seins.* Mögen „Reflexvorgänge" und Urtriebhaftigkeiten beteiligt sein, die bis an die unterste Grenze des Lebendigen reichen, das Willenserlebnis in ausgeprägter Form ist kein autochthones primum movens, es kann nur ein Teil der Persönlichkeit sein.

Trotzdem kann ebenso, wie das von Affektspielen abhängige Gedächtnis — es sei nur an die „Verdrängung" erinnert! — als Einzelfunktion nutzbar und übungsfähig ist auch sehr wohl die Voluntarität zum besonderen Angriffspunkt der Wachpsychotherapie benutzt werden. Wie bei der theoretischen Darstellung, so kann auch hier bei Erörterung praktisch therapeutischer Möglichkeiten das *einfache motorische Innervationserlebnis als Paradigma* dienen.

Es steht z. B. ein Gast in einem Lokal auf und nehme seinen Hut vom Haken. Was ist an einer solchen einfachen Willenshandlung therapeutisch nutzbar? Die Antwort liegt auf der Hand: 1. Die Ausgangssituation. 2. Der Entschluß. 3. Die Ausführung der Bewegungen. 4. Das Ziel. Aus praktischen Gründen sei der zweite Punkt vorweg genommen. Bewegungsabläufe des Alltages geschehen, wie schon mehrfach betont, automatisch; sie vollziehen sich sozusagen außerseelisch, indem der Erlebende die Totalität des

Automatismus wie einen fremden Apparat benutzt. Es gelingt aber unschwer, dieses dem bewußt-seelischen Leben verloren gegangene Gelände wieder zu erobern, wenn für den Vollzug der motorischen Leistung bestimmte Bedingungen gestellt werden, z. B. die Innehaltung eines bestimmten Rhythmus oder bestimmter schematischer Durchgangsstellungen. Diese müssen erarbeitet, erübt werden, und aus der gleichsamen formlosen Masse des Innervationsablaufes wird nun eine Aufeinanderfolge bewußter und exakter Leistungen. Diese Wandlung ist aber wachpsychotherapeutisch von größter Bedeutung. War früher dem Erlebenden nur das Ziel klar, seine Erreichung eine mechanische Selbstverständlichkeit, so wird nun der Innervationsablauf zum bewußten Besitze; der Eigenbereich des Erlebens wächst mit der veränderten Einstellung und der Übungssteigerung; der Körper gehorcht fühlbar klaren Intentionen. Solches Erleben ist von intensivem Einfluß auf das Ichgefühl; Vertrautheit und bewußte Verwendung motorischer Leistung schafft erhöhte Sicherheit des Selbstgefühls, ja der Selbsteinschätzung; nicht nur Kleider machen Leute, auch Haltung im äußerlichsten Sinne macht Charakter. Diese Zusammenhänge sind gleichfalls oft fälschlich mit Suggestion zusammengeworfen und oft sogar in Vermengung mit einer Selbstpersuasion als „autosuggestive Willensbildung" dargestellt; es liegt aber keinerlei Grund vor diese klaren Zusammenhänge hellsten Wachlebens mit dem clair obscur von Suggestionsvermutungen zu trüben. Die Grundtatsache der Disziplinierung steht von solchen Momenten frei und unabweislich sicher da.

Das rhythmische kommandohafte Moment der motorischen Disziplinierung enthält zwei Grundfaktoren: Spannungs- und Erschlaffungsübungen, von denen die letzteren zu den Hemmungsübungen hinüberleiten; alle bilden wachpsychotherapeutische, ja darüber hinaus allgemein erzieherische Momente ersten Ranges, um so mehr, als das motorische Willenserlebnis, wenn auch in individuell wechselnder Form Allgemeingut aller Vollsinnigen ist. Das jedem Deutschen selbstverständliche Beispiel ist die tiefgreifende Umwandlung des theoretischen Studenten und des ungehobelten Bauernjungen durch den militärischen Dienst. Laienunverstand sieht hier oft „nur Drill" oder „nur äußerlichen Schliff". Der psychologisch Wissende wird diesen Irrtum vermeiden: er weiß, daß auf psychischem und psychophysischem Gebiete niemals eine Einzelfunktion allein gesteigert werden kann; daß in der Ausbildung der motorischen Erlebnisse Aufmerksamkeit, Einstellungswechsel, Empfindungs- und Gefühlsverwertung und -vernachlässi-

gung, Erinnerungs- und Auffassungsleistung, Geistesgegenwart, Selbstbeherrschung u. v. a. m. zu höherer und bewußterer Verarbeitung gelangen. Die äußere Bewegung und Handlung aber beeinflußt rückläufig wieder das zentrale Erleben.

Therapeutisch wird er Punkt 2 und 4 nicht vergessen; er wird den Entschluß zur Durchführung *motorischer Selbsterziehung* durch affektive und rationale Momente erleichtern und neben das anfangs ferne Ziel der Selbstdisziplin leicht erreichbare Einzelziele setzen, wie Spielfreude, Anerkennung für sportliche und turnerische Leistung usw.; er wird die Versuchsperson einem Milieu zuführen, in dem entsprechende Vorstellungen und Gefühle geweckt und gepflegt werden. Spezieller Darstellung muß es verbleiben, klarzustellen, welche Form der Willensbildung zu empfehlen ist. Turnen, Schwimmen, Fechten, Reiten, Sport jeder Art: sie alle kommen hier in Frage und sind allgemein menschlich lebendiger, als eigentliches Gesundheitsturnen, das an mangelnder Belebung bald zugrunde zu gehen pflegt, wenn nicht erhebliche hypochondrische Angst von solchen Riten Lebensverlängerung zu erkämpfen hofft. Weiter ist namentlich auch die *Dosierung der Ermüdung* durch motorische Disziplinierung ein wichtiger Faktor.

So gibt bereits das einfache motorische Innervationserlebnis die Grundlage für eine spezielle Wachpsychotherapie; statt der motorischen Leistung kann aber auch jede andere benutzt werden. Oppenheim empfahl z. B., Vorstellungsreihen herzusagen und willkürlich auf ein Signal zu unterbrechen, um die Beherrschung assoziativen Materiales zu erhöhen. Auch in den von Hirschlaff ausgearbeiteten, schon erwähnten Ruheübungen liegt ein erhebliches Moment der Hemmungsübung. Denn auch die Voluntarität untersteht, wie alles Lebendige, den mnemischen und Übungsgrundgesetzmäßigkeiten; ebenso lehrt das einfache Beispiel der äußeren Willenshandlung als prinzipielle Grundlage jeder Willensbildung: die Disziplinierung. Wie das einfache Geschehen der äußeren motorischen Willenshandlung zum wachpsychotherapeutischen Besitze und Werkzeuge wird, wenn es dem Gesichtspunkte der Disziplin unterstellt wird, so darf verallgemeinernd gesagt werden, der Weg zum Willen führt durch den Gehorsam. Uralte Spruchweisheit lehrt, wer herrschen will, muß gehorchen können; wie in der motorischen Übungsdisziplinierung Körperteile, Empfindungen, Gefühle, kurz die Totalität des Seelischen durchgearbeitet und zu werthaftem Besitze wird, so führt auf höheren Willensgebieten nur Disziplinierung zur Herrschaft. So wird der

kritische Wachpsychotherapeut sich auch voll bewußt sein, daß ein etwa erforderlicher Appell an „den Willen" nur bei Disziplinierten Sinn hat; wo diese Voraussetzung fehlt, ist es seine Aufgabe, die Willensbildung zu fördern, und der einzige Weg, der Aussicht auf Erfolg hat, die Disziplinierung, deren Ausgestaltung selbstverständlich in höchstem Maße individuell gehandhabt werden muß. Es genügt hier anzudeuten, daß meist ein indirektes Vorgehen empfehlenswert ist, namentlich anfangs.

Schwierigere Aufgaben erwachsen dem kritischen Wachpsychotherapeuten, wenn intrapsychisch höhere Willens- und Denkfunktionen im Widerstreite mit Kräften der Affektivität und der Triebhaftigkeit stehen oder mnemische Mechanismen, wie Gewöhnung, von leichtem Grade bis zur triebhaften Sucht das Willenserlebnis der Selbstbestimmung gefährden. Auch hier muß, wenn die Umstände Zwangsmaßregeln ausschließen, in unermüdlichem, übendem Leistungssteigern der zentralen Funktion und mit Hilfe aller Technizismen der Universaltherapie gearbeitet werden. Die echte, oft die hypnotische Suggestion muß hier nicht selten in die Bresche treten, um den Zirkel von Spannung und Lösung zu durchbrechen, in den sich der Kranke verloren hat, unbewußte Antriebe müssen analytisch ans Licht des Wachbewußtseins gehoben und ihrer dämonischen Macht entkleidet werden, kurz, es muß ganz allgemein psychotherapeutisch gearbeitet werden, um die zentrale Willensdisziplinierung sachgemäß durchführen zu können.

Damit leitet die Benutzung der Voluntarität zu wachpsychotherapeutischen Zwecken, wie jede Sonderarbeit, in die allgemeine rationelle Wachpsychotherapie über; der Psychoanalyse muß die Psychosynthese (Bezzola), der suggestiven Befreiung die psychische Orthopädie (Dubois) folgen, wenn die psychotherapeutische Arbeit nicht Stückwerk bleiben soll. *Rationelle* allgemeine psychotherapeutische Beeinflussung ist nie zu entbehren, ja, *sie ist niemals zu vermeiden.* Es sei nur daran erinnert, wieviel Rationelles in der angeblich reinen Psychoanalyse Freuds steckt! Kritische und vorurteilslose Wachpsychotherapie wird sich immer bewußt sein, daß ihr Arbeiten stets komplex ist und an komplexen Mechanismen angreift. Als rationelle Wachpsychotherapie im engeren Sinne, deren verdientester und bekanntester Vertreter zur Zeit Dubois ist, lassen sich sondern: Aufklärung, Belehrung, Denkdisziplinierung, Warnung, Ermunterung und Tröstung. Die ersten drei Verfahren wenden sich äußer-

lich mehr an die Einsicht, die letzten drei mehr an das Gefühlsleben des Kranken; wer auch in der Allgemeinpraxis nur ein wenig Wert darauf legt, aufklärend, belehrend und denkdisziplinierend zu wirken, wird immer wieder erstaunen, mit welch seltsamem Aberglauben viele Laien selbst gebildeter Stände dem Gebiete körperlicher und nervöser Erkrankung gegenüberstehen und sich verwundern, mit welch sonderbaren Fragen und Unklarheiten sich viele Menschen quälen, Fragen, die dem Unterrichteten und Lebenserfahrenen im 20. Jahrhundert keinerlei Existenzberechtigung mehr zu haben scheinen. Die Denkdisziplinierung ist im besonderen Dubois' Ziel; nämlich, wie Janet in einem letzten Fehl seelischen Zusammenschlusses „die" Ursache der Psychoneurosen sieht, will Dubois in einem logischen Defekte ihre letzte Wurzel gefunden haben und stellt deswegen seine Bekämpfung in den Mittelpunkt rationeller psychotherapeutischer Arbeit; immer wieder und in stets wechselnder Form dem Kranken zeigen, daß er irrt, immer wieder ihm „die richtige" Auffassung nahe bringen, mit Unterstützung durch Gefühlsmomente jeder Art, ihn immer mehr durchdringen mit der Gewißheit, daß hier der Weg zum Siege offen ist, das ist das Prinzipielle an Dubois' Vorgehen. Wendet sich solches Arbeiten an die Einsicht, anderes, gleichfalls mehr allgemeines Beeinflussen mehr an die Affektivität, so bleiben noch an letzter Stelle allgemein psychotherapeutische Methoden zu erwähnen, die in ausgesprochenstem Maße den Menschen als Ganzes anfassen.

Förderung und Hemmung der Persönlichkeitsentwicklung im Ganzen, Belasten und Erleichtern der Lebenstragfähigkeit, sie sind dem Psychotherapeuten oft möglich, herbeizuführen; der Weg ins Freie und der Dornenpfad der Pflicht, die Behauptung des Einzelnen in der Masse oder das Indentifizieren des Gesamtheitsinteresses mit dem persönlichen, um nur ein paar alltägliche Beispiele zu nennen, sie alle können und müssen dem kritischen und gewissenhaften allgemeinen Psychotherapeuten oft zu Mitteln seelischer Behandlung werden. So führt die Rundreise durch die wachpsychotherapeutischen Möglichkeiten in jedem Einzelgebiete und im ganzen zu der einen großen Frage, die später im Zusammenhang zu erörtern sein wird, zur Persönlichkeitsfrage.

Damit sind die *direkten* wachpsychotherapeutischen Beeinflussungen im wesentlichen erwähnt; anhangsweise ist noch an

eine Reihe indirekter Methoden ausgesprochen speziell wachpsychotherapeutischer Art zu erinnern.

Die Beeinflussung durch das psychische Milieu ist genügend gewürdigt; als spezielle indirekte wachpsychotherapeutische Methode müssen noch genannt werden: Die seelische Hygiene, die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie und die Beratung in inneren und äußeren Konflikten.

Für die Frage der seelischen Hygiene, deren wesentlichste Punkte die Dosierung von Arbeit und Genuß sind, muß vor allen Dingen vor jedem voreiligen Schematisieren gewarnt werden. Leider ist unter Laien und Ärzten nur allzu verbreitet der Aberglaube, als gäbe es hierfür irgendwie generelle Normen, deren Außerachtlassen „schädlich" sei. Individuellen Faktoren muß hier der allerweiteste Spielraum gelassen werden, soll die Beratung auf diesem Punkte nicht in eine wesenlose Bürokratenhaftigkeit ausarten. Jeder Reaktionstypus verlangt seinen Ablauf und wird versuchen, ihn auch gegen soziale, gesundheitliche und andere Hemmungen zu erkämpfen. Der Phantasie- und Nachtarbeiter wird seine Morgenruhe, der Lebhafte, Reizhungrige ausreichenden Situationswechsel, der Lebenswunde das Vergessen, der Leichtsinnige den Genuß suchen und anstreben. Nur *grobe* Gesundheitsschädigungen lassen daher eigentliche Abstinenzbehandlungen oder eingreifende Umgestaltungen des täglichen Lebens berechtigt erscheinen, wie das bei Erörterung des ärztlichen Verbotes bereits ausgeführt wurde. Wesentliche Veränderungen des Alltags- und Berufslebens sollen im Anfang stets als Probezeit eingeführt werden, nicht als brüsker Zwang, der notwendigerweise gerade bei Differenzierten zu Widerspruch führt.

Auch die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, die bei sinngemäßer Gestaltung so Glänzendes leistet, bedarf ausgiebigster Individualisierung; die Art der Beschäftigung muß sozialer und psychischer Eignung des Kranken angepaßt sein und darf nie in wertlose Spielerei ausarten, wie das leider so häufig bei dem beliebten Körbchenflechten usw. der Fall ist. Je nachdem, ob Einzelbehandlung oder Anstaltsbehandlung vorliegen, ist die Arbeit dem häuslichen Milieu (Garten, Werkstatt) oder dem Anstaltsleben fruchtbar einzuordnen. Sorgfältige, ärztlich kontrollierte Dosierung (Cramer) läßt nur erwünschte Ermüdungseffekte entstehen. Vor allem soll die Arbeitstherapie soweit irgendmöglich, den Kranken sozialisieren und altruisieren, ihm Gelegenheit geben, für andere Menschen oder für Tiere zu sorgen, auf fremdes Leben

Rücksicht zu nehmen, fremdes Leid zu mildern und anderen zu helfen. Die Anstalt soll zur großen Familie werden, wo jedes Mitglied nach Art und Leistungsfähigkeit im Sorgen für sich auch für andere sorgt. Außerdem erfüllt die geregelte, nach Halb- und Ganzarbeitstagen verschiedener Form genau dosierte Arbeit für den Leistenden selbst disziplinierende, ablenkende und affektiv wirkende Beeinflussungen. Mit Recht ist daher eine gut geleitete Arbeitstherapie von allen Sachverständigen, so von Möbius, Forel, Laehr, Kraepelin, Binswanger u. a. sehr günstig beurteilt.

Für die Einzelbeschäftigung mit leichter geistiger Arbeit hat sich der jahrzehntelangen Erfahrung Binswangers, namentlich das Exzerpieren aus Reise- und Memoirenwerken, das Vornehmen von Vorlese- und Übersetzungsübungen u. dgl., bewährt, wobei zugleich eine gute Berücksichtigung der Individualität und eine exakte Dosierung möglich ist. Nach übungsmäßigem Steigern wird der Kranke allmählich eigener Geistesarbeit wieder zugeführt.

Wie seelische Hygiene, Arbeits- und Beschäftigungstherapie in nächste Nähe an allgemeine erzieherische Fragen grenzen, so führt die Konfliktberatung noch mehr ins volle Leben hinein; innere Unstimmigkeiten, die der Einheit des Erlebens entgegentreten und das Persönlichkeitsbewußtsein (Schilder) stören, und äußere Konflikte zwischen Schicksal und Eigenart, Milieu und Persönlichkeit, Beruf und Neigung, Pflicht und Glücksverlangen, sie alle führen häufig genug zu ärztlicher Beratung, sie geben dem Arzte letzte Aufgaben, verantwortungsvollste Führungsmöglichkeiten, und der Psychotherapie die Macht des Schicksals. Gleich dem gewissenhaften Chirurgen wird der Psychotherapeut diese eingreifendsten Behandlungen nur nach sorgfältigster Prüfung aller Zusammenhänge in Angriff nehmen und versuchen, mit einem Schädigungsminimum und kritischster methodischer Auswahl den gefährdeten Kranken zu retten. Jedenfalls aber darf der gewissenhafte Psychotherapeut nicht mit allgemein hinschleppenden, ausweichenden Maßnahmen Fälle hinhalten, bei denen an diesen Punkten angegriffen werden muß; denn auf die „Selbstheilung" ist bei vielen psychischen Ansnahmezuständen ebensowenig Verlaß, wie bei den Hauptaufgaben der Chirurgie. Gerade bei solchen Fällen ist aber unbedingt zu fordern, daß der Psychotherapeut das Gesamtgebiet moderner wissenschaftlicher Psychotherapie übersieht und nach Technik und Indikation beherrscht, geführt und gesichert durch eingehende Kenntnis ihrer Grundlage, der Psycho-

pathologie. Denn nur bei richtiger psychopathologischer Beurteilung der hilfesuchenden Persönlichkeit ist es möglich, ihre Stellung im Konfliktkampfe und die Aussichten auf seine Beendigung richtig zu beurteilen und das psychotherapeutische Eingreifen sachgemäß zu gestalten.

7. Heilpädagogik.

Die Kardinalaufgabe heilpädagogischen Arbeitens wird stets die unterrichtende Pflege Schwachsinniger sein, gleichgültig, ob es sich um Schwachsinnszustände handelt, die an lokalisierte Sinnesausfälle anschließen, wie z. B. die der Blinden und Taubstummen, oder ob eine allgemeine Störung schwerer Art, wie der Idiotie, oder leichterer, wie der Imbezillität und Debilität vorliegen; Arzt und Heilpädagoge müssen in vielen Fällen, z. B. bei der Mehrzahl kretinistischer und myxödematöser Schwachsinnsformen dauernd zusammenwirken, soll die Arbeit den erhofften Erfolg haben, und jedenfalls darf der Arzt sich ebensowenig scheuen, von der Mitarbeit des Pädagogen Gebrauch zu machen, wie der Heilpädagoge es in seinem und der Kranken Interesse dringend ablehnen muß, Kinder und Jugendliche oder gar Erwachsene zu „bilden", bei denen nicht durch autoritative ärztliche Begutachtung die Frage der Behandlungsmöglichkeit somatisch medizinischer oder speziell psychotherapeutischer Art geklärt ist.

Die heilpädagogische Arbeit an Blinden soll die Hauptaufgabe erfüllen, technische Hilfen für den Sinnesausfall zu geben und den Blinden im ganzen erzieherisch anzufassen. Das Blindenlesen ist Dank der Brailleschen Punktschrift und den Schreibrahmen zu anerkennenswerter Höhe entwickelt. Für den Psychotherapeuten ist von Interesse, daß in der Punktschrift, wie so oft, die Praxis die Theorie überholt hat. Wundt fand bei seinen Untersuchungen Blindlesender und der gebräuchlichen Punktbuchstaben die Maße der Tast-Schwellenkreise in den empirisch erprobten Abständen der Punkte verwirklicht; Bürklen, ein Wiener Blindenlehrer, stellte erst 1917 experimentell fest — Brailles Schrift stammt aus der Mitte des 19. Jahrhunderts! —, daß nicht, wie früher angenommen, die punktal einfachsten Buchstaben am leichtesten gelesen werden, sondern das hier Gruppen- und Formeindrücke von Belang sind. Bekanntlich liegen Brailles Schrift erhabene Punkte eines Sechsersystems zugrunde: ⁘, die dann nach bestimmten, wie Bürklens Experimente lehrten, falschen

Gesichtspunkten der „Einfachheit" kombiniert wurden, so daß z. B. bedeuten: a, b, c, d, usw. Bei gewandtem Blindenlesen mit beiden Zeigefingern wird eine Lesegeschwindigkeit von $^1/_{30}$—$^1/_{50}$ des Sehlesens erreicht, da eben stets nur ein schnelles *Buchstabieren* resultiert. Vielleicht wird die kritische Verbesserung der Punktschrift hier noch Fortschritte erlauben; nennt doch bereits Wundt die Geschichte der Blindenschrift eine „lange Geschichte der Überwindung von Vorurteilen, die sämtlich in einer falschen Analogie zwischen Gesichts- und Tastsinn ihre Quelle haben". Wie mithin so selbst über technisch-sinnespsychologische Gesichtspunkte, so herrscht noch viel größere Unklarheit über die Eigenart der Persönlichkeit Blinder. Die bedeutende Angewiesenheit Blinder auf die Umgebung erschwert die Verselbständigung erheblich, so daß fast immer eine auffällige Bestimmbarkeit und Beeinflußbarkeit besteht, die oft als Tugend oder, mit mehr Recht, als „Kindlichkeit" von Blindenlehrern hervorgehoben wird. Die angebliche besondere sexuelle Frühreife blindgeborener Mädchen darf man ebenso skeptisch ansehen, wie die „sexuellen Kindheitstraumen" alter Stadien der Psychoanalyse; dabei wird wohl zu viel normales Vergleichsmaterial nicht gesehen oder nicht berücksichtigt, während die Harmlosigkeit Blinder hier besonders leicht Beobachtungen sammeln läßt. Zu einer eigentlichen Blindenpsychologie, die für den Psychotherapeuten als Paradigma einer Sinneshemmungspsychologie von fundamentaler Bedeutung wäre, liegen nur erste Ansätze vor; besonders der von Geburt an nahezu blinde Studierende der Philosophie und Psychologie Steinberg, ein Schüler von W. Stern ist hier zu nennen. Ihm stellt sich die Frage: „der Blinde als Persönlichkeit"[1]) dar, wie folgt:

„Das blinde Kind erhält in den ersten Lebenswochen von seiner Umwelt nur Kunde durch das Ohr. Während das Auge die Dinge selbst kennen lehrt, vermittelt das Ohr ursprünglich nur Eindrücke, denen keinerlei gegenständliche Bedeutung zukommt. Denn ihre überaus große Mannigfaltigkeit kann wohl dem entwickelten Bewußtsein Aufschluß über die Beschaffenheit des tönenden Dinges geben, nicht aber dem Säugling, da die Möglichkeit der eindeutigen Beziehung der Empfindung auf den Reiz dessen Kenntnis als Raumform und als Schallquelle bereits voraussetzt. Geräusche und Klänge regen daher primär nur das Gefühlsleben des Blinden an, das, begünstigt durch die geringere Vielfältigkeit

1) Zeitschr. f. angewandte Psychologie, Beiheft 16. Leipzig 1917.

äußerer Reize, seine beherrschende Stellung im Seelenleben auch später meist zu wahren weiß. Weil seine Entwicklung besonders in den ersten Jahren nur ungenügend durch Wahrnehmungen geleitet wird, liegt in der unabweisbaren Aufdringlichkeit akustischer Eindrücke eine Gefahr für die harmonische Bildung der Persönlichkeit. Ihr kann man nur durch planvolle Bereicherung des Vorstellungslebens begegnen, die dadurch angebahnt wird, daß man dem Kinde zahlreiche Gegenstände in die Hand gibt, die durch ihre charakteristische Form und stoffliche Beschaffenheit seine Aufmerksamkeit auf sich lenken. Solcher zielbewußter Anregungen bedarf es um so mehr, als es in seiner Nachahmungsmöglichkeit sehr beschränkt ist. Ganz überwiegend sind Tätigkeiten nur dem Auge wahrnehmbar, und die Bewegungen in unmittelbarer Nähe werden oft durch die tastende Hand gestört. Man braucht nur zu bedenken, wie viele Kenntnisse das sehende Kind durch sein absichtslos umherschweifendes Auge ungewollt erwirbt, wie viele Fertigkeiten es sich in spielender Nachahmung zu eigen macht, um das hohe Maß planvoller Anregung zu begreifen, dessen das Blinde bedarf, wenn seine Entwicklung mit der des vollsinnigen einigermaßen Schritt halten soll. Seine Erziehung stellt nach alledem seine Eltern vor besonders schwere Aufgaben, denen sie meist nicht gerecht werden. Auch wenn es ihnen nicht an Zeit gebricht, sich so eingehend mit ihrem unglücklichen Kinde zu beschäftigen, wie es sein eigenartiger Zustand verlangt, fehlt ihnen gewöhnlich das Verständnis dafür, das man nur durch Betätigung seelisch wächst; und aus Sorge, ihr Liebling könne Schaden nehmen, lassen sie ihn nicht die einfachsten Verrichtungen ausführen. Mangelt es ihnen an Zeit zu so weitgehender Betreuung und bleibt der Blinde sich meist selbst überlassen, dann versinkt er oft in Teilnahmslosigkeit. Aber auch wenn er die Hemmung überwindet, die die geringere Mannigfaltigkeit äußerer Eindrücke seiner Entwicklung setzt, fehlt seiner Kindheit vielfach der Frohsinn, der unsere Erinnerung so gern in ihr verweilen läßt. Er kann ja nur im Spiel mit Kameraden zu vollem Durchbruch kommen, von dem der Blinde oft ganz ausgeschlossen ist, bei dem er jedenfalls stets Gefahr läuft, verletzt zu werden. Sein Gebrechen macht es ihm eben unmöglich, es seinen sehenden Altersgenossen in allem gleich zu tun, und gibt seine Ungeschicklichkeit wehrlos ihrer Spottlust preis. Gewiß entspringen solche Hänseleien nicht böser Absicht, sondern haben in demselben Unverständnis ihren Grund, das Kinder Tiere quälen läßt, deren Schmerzäußerungen sie nicht

verstehen; doch das Ergebnis ist das gleiche: der Blinde wird verschlossen und zieht sich ganz von seinen Kameraden zurück."

„Um so entscheidender ist sein Eintritt in die Blindenanstalt. Sie vermittelt ihm ja nicht nur Kenntnisse auf Wegen, die seinem besonderen Zustande angemessen sind, sie erschließt ihm vor allem eine Welt, in der er sich als vollwertiger Mensch fühlen darf. Diese Gleichheit der Lebensbedingungen bringt die Fähigkeiten zur Entfaltung, deren Entwicklung die erdrückende Überlegenheit der Vollsinnigen hemmte. Das ist die unersätzliche Bedeutung der Blindenanstalt, daß sie innerhalb ihrer Mauern das blinde Kind zum normalen Kinde macht, daß es hier zu lernen vermag, ohne an Schranken zu gelangen, die für seine Kameraden nicht vorhanden sind, daß es sich hier rückhaltlos dem frohen Spiel mit seinen Gefährten hingeben kann und in heiteren Kinderjahren die Kräfte sammelt, deren es später so sehr bedarf."

„Schon an der Schwelle der Kindheit tritt das Leben dem Blinden mit doppeltem Ernste entgegen. In dieser Zeit entdeckt der Mensch, dessen Blick bisher vorwiegend nach außen gerichtet war, eine Welt in sich, die ihm in ihrer Einzigartigkeit unerschöpflich reich erscheint. Schlummernde Kräfte beginnen sich zu regen und drängen nach Betätigung; unübersehbare Möglichkeiten zu wirken und zu genießen tun sich auf, und wenn uns auch das Leben gar bald viel bescheidener werden läßt, so macht doch die Gewißheit, daß uns die ganze Welt offen steht, das eigentliche Glück dieser Jahre aus. Auch der Blinde entdeckt mit bebender Ehrfurcht sein Selbst, auch er fühlt tausend Kräfte in sich wach werden; ihrer Auswirkung aber setzt sein Gebrechen unüberschreitbare Schranken. Die Erkenntnis macht die Entwicklungsjahre oft zu den schwersten in seinem Leben, daß seine Blindheit als äußeres Hemmnis mannigfache innerlich angelegte Möglichkeiten vernichtet. Seinem bitter ernsten Bildungsstreben kann er wegen rein technischer Schwierigkeiten nicht Genüge tun; zahllosen Dingen, die anderen zu Gegenständen reinsten Genusses werden, steht er fremd gegenüber; Berufe, denen er seine Neigung schenkt, sind ihm verschlossen. Er fragt sich bitter, was er denn eigentlich im Leben soll, und die Erschütterung seines Zweckbewußtseins bedroht zugleich sein ganzes Weltbild. Er fühlt sich ohne seine Schuld in unausgleichbarem Grade benachteiligt und wird an der Güte eines allmächtigen Leiters der Geschicke irre. Sein Weltschmerz ist berechtigter und darum gefährlicher als dergleichen Stimmungen, die in diesen Jahren auch bei Sehenden üblich sind. Er sucht oft

in Gedichten die Befreiung, die uns aus dem Fernrücken des Schweren erwächst. Sie sind freilich meist ohne künstlerischen Wert, doch als unmittelbare Äußerungen sonst wenig zugänglicher Zustände von hoher psychologischer Bedeutung."

„Dem Blinden, der also unter seinem Gebrechen leidet, muß das Auge als das Köstlichste, ja, als das einzig wahre Gut erscheinen, das Leben des Sehenden als das Paradies auf Erden An ihm teilzunehmen, soweit es sein Mangel irgend ermöglicht, gerade ihm zum Trotz doch so zu leben, als wenn er gar nicht vorhanden wäre, das wird sein leidenschaftliches Bemühen. Er will ein Sehender unter Sehenden sein, will gern die gleichen Pflichten auf sich nehmen wie sie, dafür aber auch die gleichen Ansprüche stellen dürfen. Der einzige Unterschied, daß er nicht sieht, hat ganz zurückzutreten, da ihm der Blinde selbst keine Bedeutung einräumt. Dieses unkritische Streben nach unbedingter Angleichung entspringt aus dem Bewußtsein seiner Sonderstellung und ist im Grunde eine Flucht vor sich selbst. Es ist ein verzweifelter Versuch, die Auseinandersetzung mit der Welt des Lichtes, die sein Anderssein notwendig macht, dadurch zu umgehen, daß er dieses aufhebt. Form und Leidenschaftlichkeit seines Bemühens sind verschieden je nach den Lebensverhältnissen und der Zeit der Erblindung. Der Blindgeborene ahnt seine Besonderheit als Kind nur dann, wenn sie ihn andere schmerzlich fühlen lassen. Sobald er aber anfängt, über sich nachzudenken, wird er sich der ganzen Schwere seines Gebrechens bewußt. Er ist in seinen Entwicklungsjahren meist noch nicht stark genug, um den Kampf, den ihm seine Ausnahmestellung aufzwingt, derart sieghaft zu bestehen, daß er sein Leben seinen andersartigen Bedürfnissen und Glücksmöglichkeiten entsprechend gestaltet. So setzt er seine ganze Kraft daran, sich trotz alledem den Zugang zu der Welt des Lichtes zu erringen, die ihm seine Phantasie zum Paradiese ausschmückte. Für den spät Erblindeten ist sie die Heimat, aus der ihn ein hartes Geschick verstieß; kein Wunder, wenn er auch ferner an ihrem Treiben teilzunehmen sucht, so weit es irgendmöglich ist, und seiner neuen Daseinsform nicht Rechnung tragen will. Der hochgradig Schwachsichtige ist in Wahrheit Bürger zweier Welten. Ihm gewährt das Auge noch mannigfache Anregung und Bereicherung, so daß er sich nur um so leichter der süßen Täuschung hingeben kann, als ob er sich restlos in das Leben der Sehenden einzugliedern vermöchte."

„In der Zeit des unkritischen Strebens nach Angleichung um jeden Preis legt der Blinde allem Äußeren und Äußerlichen unangemessene Bedeutung bei und läßt den Wert der Dinge von dem Grade abhängig sein, in dem er sie sich in gleicherweise zu eigen machen kann wie jeder Sehende. Von allem muß die Wurzel alles Übels, die Blindheit, möglichst verborgen werden. Dies glaubt man am besten dadurch zu erreichen, daß man ihre Folgen tunlichst einschränkt. Der peinigende Eindruck, den sie auf das Auge macht, soll ausgeglichen werden durch überladene Kleidung, ein Streben, das sich nicht selten, zumal bei Mädchen, bis zur Eitelkeit steigert. Die Abhängigkeit wird um jeden Preis vermindert; selbst Gefahr nimmt man gern in Kauf, wenn man sich dadurch diesem heißersehnten Ziele nähert. So legt der Blinde großen Wert auf Fertigkeiten und mißt Handlungen hohe Bedeutung bei, die für den Sehenden ganz selbstverständlich sind und jeden inneren Wert entbehren. Dieses leidenschaftliche Bemühen kann so weit führen, daß er seinen besten, seinen eigensten Besitz, seine Persönlichkeit preisgibt, nur um sich äußerlich anzugleichen, da er oft den normalen Zustand mit dem alltäglichen verwechselt. Er will in seiner Arbeit vor den Sehenden nichts voraus haben, doch ihnen darum auch in nichts nachstehen, keinem Genusse entsagen. Er geht in Gemäldegalerien und glaubt ein Bild durch Beschreibung in gleicher Weise, ja noch verinnerlichter zu genießen als sein Begleiter, deshalb auch nicht mit seinem Urteil in falscher Bescheidenheit zurückhalten zu müssen. Er unternimmt neuerdings gefahrvolle Wanderungen im Hochgebirge und ist überzeugt, die Fernsicht, die sich seinem Führer nach für beide unsäglichen Mühen erschließt, in dessen Schilderung nicht weniger unmittelbar und darum durchaus gleichartig zu erleben. Die Freuden, die auch dem Blinden zugänglich sind, will er sich auf demselben Wege wie der Sehende erschließen. Im genügt nicht ein geselliger Verkehr mit wenigen Nahestehenden, bei dem Persönlichkeitswerte entscheidend sind, so daß auch er etwas zu geben vermag; er sehnt sich nach glänzenden Gesellschaften, bei denen die Form alles ist. Vor plastischen Kunstwerken läßt es der Blindgeborene nicht bei der Freude an Formen sein Bewenden haben, soweit sie seinem tastenden Finger überhaupt zugänglich sind, sondern versucht, weil dies die Sehenden tun, die Züge zu deuten, ohne daß er ihren Wechsel als Ausdruck seelischer Vorgänge je hätte erleben können. Die Gaben, die auch ihm die Natur mühelos gewährt, sind ihm zu gering, da der vollsinnige

Mensch schwerlich auf Berge stiege, wenn ihm das Tal genug der Freuden böte."

„Dieses unkritische Streben nach unbedingter Angleichung läßt den Blinden seines Lebens nicht froh werden, ermöglicht bestenfalls ein Scheinglück. Denn es ist nur möglich, wenn er seine seelische Eigenart verkennt. Durch dieses Nichtverstehen hält er selbst ihre wertvolle Ausgestaltung hintan, ohne die Hemmungen vermindern zu können, die nun einmal mit ihr gesetzt sind. Sie machen sich gerade in Äußerlichkeiten geltend. Kleine Mißgriffe und Ungeschicklichkeiten begegnen dem Blinden fast täglich. Seine Abhängigkeit beschränkt sich ja nicht darauf, daß er auf unbekannten Wegen nicht allein gehen kann, sondern ist viel entscheidender in seiner geringen Nachahmungsmöglichkeit begründet. Sie zwingt ihn, sein ganzes Leben hindurch nach Dingen und Verhaltungsweisen zu fragen, die der vollsinnige Mensch anderen absieht. Jede mögliche Situation läßt sich nicht voraussagen und selbst der Eintritt einer erwarteten Lage beim Fehlen des Auges nicht immer sogleich erkennen. Daher ist der Blinde im Verkehr mit Sehenden ohne ihre freundliche Anweisung oft ratlos. Das Nichtbeherrschen der Situation kann aber nur den wirklich bedrücken, der vergißt, daß Geselligkeiten, bei denen Formen ausschlaggebend sind, wohl manches Leben äußerlich bereichern, in keinem Falle aber innere Werte treffen. Zudem ist es für die Vollsinnigen nicht immer leicht, dem Blinden gegenüber den rechten Ton zu finden, und wenn er obendrein allzu empfindlich ist, wird er sich selbst die Freude am Verkehr mit manchem wertvollen Menschen trüben. Wie soll er erst die Leute gelassen abfertigen, die ihn mit aufdringlichem Bemitleiden verletzen, oder sich in seiner Gegenwart in einer Weise gehen lassen, als wäre er auch taub. Wie soll er für die ein Lächeln finden, die bei ihm selbstverständlichen Verrichtungen des Lobes voll sind, doch für die Frucht ernster Arbeit kein Wort des Verständnisses haben. Wenn ihm solche peinlichen Auftritte zu Katastrophen werden, dann reibt er sich in einem vergeblichen Kampfe gegen Äußerlichkeiten auf und behält keine Kraft, um die unabwendbaren Schwierigkeiten zu überwinden und dort zu entsagen, wo er unüberschreitbare Grenzen erkennen muß. Die Natur bietet ihm mühelos so viele Freuden, daß er es seinem geduldigen Begleiter wirklich ersparen kann, ihn auf gefährliche Gratwanderungen mitzunehmen. Was er zudem durch die Beschreibung einer Landschaft oder des Gemäldes genießt, sind nie sie selbst, sondern Stimmungen, die

der verständnisvolle Schilderer in ihm zu wecken weiß. Beim Späterblindeten kommen reproduzierte visuelle Vorstellungen hinzu, die wohl eine gewisse Ähnlichkeit mit dem Bilde haben mögen niemals aber seine Individualität zum Ausdruck bringen, die doch der Träger seines künstlerischen Wertes und normalerweise der eigentliche Gegenstand des Genießens ist. Der Blinde findet also Freude nicht am Gemälde, sondern allein an Innenzuständen, die nicht einmal unmittelbar durch das künstlerische Objekt ausgelöst wurden. Er mag Galerien besuchen, wenn es ihm Vergnügen macht, soll sich aber klar darüber sein, daß es mindestens in bezug auf das geschilderte Kunstwerk zu eigentlich ästhetischer Einstellung bei ihm gar nicht kommt. Denn hier wie in allen Fällen, in denen die Differenz zwischen Absicht und Erfolg so wenig zutage tritt, daß er sich ihrer und seiner Grenzüberschreitung oft gar nicht bewußt wird, geht er nur scheinbar in der Welt der Sehenden auf. In Wahrheit verwandeln sich ihre Güter unter seiner Betrachtung, und was sie ihm an innerer Bereicherung bei dieser unangemessenen Art der Zuwendung etwa gewähren, das hätte er auch bei liebevoller Versenkung in sein eigenes Reich gewinnen können. Die Möglichkeit, sich in weitem Umfange über den Erfolg ihres Strebens zu täuschen, läßt viele Blinde zu der Überzeugung kommen, daß sie im Grunde nichts entbehren und restlos glücklich sind. Weil dieses Glück auf Illusionen ruht, ist es ein Scheinglück, das das harte Leben jeden Augenblick zerstören kann. Indem sie sich so über ihre Grenzen hinwegtäuschen, können sie ihre Sehnsucht wohl verdrängen, nicht aber überwinden. Das unkritische Streben nach unbedingter Angleichung hat ein zwiefaches Ergebnis: Entweder ist sein Mißerfolg so unverkennbar, daß er den Blinden sein Gebrechen doppelt schwer fühlen läßt und ihm die Freude am Leben nimmt, oder er ist weniger handgreiflich und ermöglicht ihm so Illusionen und ein Scheinglück. Wir wollen gewiß nicht wegen jeder Grenzüberschreitung mit ihm rechten. So gänzlich andersartig ist sein Leben zum Glück nicht, daß keine Pfade hinüber und herüberführten. Aber er muß sich dessen bewußt bleiben, daß es sich stets nur um Freiheiten handeln kann, die sich der innerlich gefestigte Mensch einmal erlauben darf. Wenn er vergißt, daß er in jener Welt nur Gast ist, daß seine besten Kräfte in einem anderen Boden wurzeln, dann verleugnet er seine Eigenart; und was er auch im Leben der Sehenden an Gütern erraffen mag, sein unaufhebbares Anderssein macht es für ihn zu Scheinwerten."

„Der Blinde ist nun einmal ein besonderer Typus. — Das Auge ist das wichtigste Organ für die Erfassung der äußeren Welt und, da Wahrnehmungen auch in die komplexesten psychischen Bildungen als Elemente eingehen, zugleich von ausschlaggebender Bedeutung für das gesamte Seelenleben. Sein Einfluß erstreckt sich bis auf rein intellektuelle Leistungen; denn jeder Gedanke muß ausdrückbar sein, so daß wir zugleich mit ihm die Möglichkeit seiner sprachlichen Formulierung setzen. Das sinnliche Substrat der Sprache aber, daß mindestens bis zu einer gewissen Stufe der geistigen Entwicklung Träger des Verständnisses ist, besteht ganz überwiegend aus optischen Vorstellungen. Zahllose Vorgänge der verschiedensten Art sind nur durch das Auge wahrnehmbar und können darum den Willen des Blinden nicht anregen und bestimmen. Raumformen und Farbenkomplexe, die ihre Besonderheit zu Trägern ästhetischer Werte macht, können nur durch das Sehorgan unser Gefühlsleben bereichern; und selbst die Beziehungen von Mensch zu Mensch sind in gewissem Grade von ihm abhängig: Nur wer das schmerzliche Zucken um den Mund des still Trauernden sieht, kann trösten, nur das Auge berichtet uns von dem freundlichen Lächeln, das uns willkommen heißt. Die Blindheit hat nach alledem einen Ausfall so mannigfacher und wertvoller Anregungen für das gesamte Seelenleben zur Folge, daß man sich fragt, ob sie dem Unglücklichen überhaupt die Möglichkeit läßt, sich zu einer Persönlichkeit heranzubilden. Solange man glaubt, sie durch die Mängel, die sie bedingt, erschöpfend charakterisieren zu können, wird man ihr aber nicht gerecht. Denn dank der Plastizität des Seelenlebens begründen Ausfallserscheinungen nicht nur Mängel, sondern auch Abwandlungen des Verbliebenen. Diese Umbildungen machen die positiven Faktoren in der seelischen Besonderheit des Blinden aus. Vor allem gilt es, um eine Entwicklung überhaupt zu ermöglichen, Ersatz zu schaffen für die zahllosen fehlenden Anregungen und die von außen kommenden Bereicherungen. Dazu bedarf es einer andersartigen Einstellung gegenüber der Sinnestätigkeit. Es wird als selbstverständlich erwähnt und doch in seiner Bedeutung meist nicht genügend gewürdigt, daß sich der Blinde mit großer Intensität den Empfindungsdaten zuwendet, die ihm seine verbliebenen Sinne vermitteln. Sie bilden die Grundlagen seines Seelenlebens, und nur weil der Sehende ihrer meist wenig bedarf und sie darum auch nicht voll ausnutzt, kann er sich schwer einen Begriff von ihrem Reichtume machen. Es ist durchaus groß genug, um das sinnliche Substrat

abgeben zu können, das für die Gestaltung eines mannigfach gegliederten Innenlebens unentbehrlich ist. Seine intensive Einstellung auf taktile und akustische Empfindungsdaten lehrt den Blinden, sie in ihrer gegenständlichen Bedeutung besser zu erfassen, und ermöglicht ihm darum Leistungen, die der Sehende wohl nicht grundsätzlich, doch meist tatsächlich nicht vollbringen kann. Ihre rein psychische Bedingtheit verbietet uns, sie als Geschenk der reuigen Natur aufzufassen, sondern läßt sie uns als Ergebnis seelischer Arbeit erkennen und macht zugleich verständlich, wie sich die Späterblinden in ihre neue Welt einleben können. Der Blinde, dies folgt unabweisbar aus unseren Erwägungen, ist ein besonderer Typus: Einmal, weil ihm die für das Seelenleben des normalen Menschen grundlegenden Wahrnehmungen fehlen, alsdann, weil die durch die verbliebenen Sinne vermittelten gänzlich andersartigen Eindrücke für seine elementaren Innenzustände und somit für die Gestaltung seiner Persönlichkeit die gleiche Bedeutung gewinnen, die sonst den optischen Vorstellungen zukommt."

„Gerade die positiven Faktoren seiner Besonderheit ermöglichen dem Blinden innerhalb seiner Grenzen ein gesegnetes und glückliches Leben. Er kann arbeiten und darf sich darum sagen, daß sein Dasein für ihn und auch für andere nicht wertlos ist. Wenn es ihn bedrückt, daß er sich häufig nicht in einem Berufe betätigen kann, der seinen Fähigkeiten voll entspricht, so soll er bedenken, daß viele Sehenden in der gleichen Lage sind. Größer sind die Schwierigkeiten, die er im Kampfe ums Dasein zu überwinden hat; sie suchen die Blinden neuerdings durch sozialen Zusammenschluß mit Erfolg zu mindern. Es ist überdies nicht zu verkennen, daß gerade die Hemmungen, die ihnen auf allen Gebieten der Betätigung hindernd entgegenstehen, das Beste in ihnen zur Entfaltung bringen. Sie erklären, weshalb wir unter den Nichtsehenden so vielfach Extreme finden: Ein schwacher Wille sinkt vor einer schweren Aufgabe völlig in sich zusammen, ein starker wächst mit ihrer Überwindung. Die mangelhafte Kenntnis, die der Blinde durch seine Sinne von entfernteren Objekten erhält, zwingt ihn, sich über die Eindrücke und ihre gegenständliche Bedeutung in viel weiterem Umfange Rechenschaft zu geben, als dies der Sehende nötig hat; er nimmt ja die Dinge selbst mit all ihren Eigenschaften wahr, von denen jenem nur sein Ohr und allenfalls der Geruchssinn dürftige Kunde gibt. Die Notwendigkeit, sich vieles geistig zu erarbeiten, was dem Vollsinnigen mühelos zufällt, macht den Lichtlosen oft zu einem bewußten Menschen,

der seinen Verstand auch dort zu Rate zieht, wo sich andere allein ihrem Gefühle hingeben. Daß hierdurch sein Gemüt wohl weniger zutage tritt, doch nicht verarmt, das beweist die Innigkeit, mit der er in Freundschaft und Familie lebt. Freundschaft mit Sehenden ist ihm vielfach von Nutzen und darum ursprünglich sehr ersehnt; doch seine Daseinsbedingungen sind so andersartig, daß dieser Wunsch nur ausnahmsweise erfüllt wird, und er nach mancherlei Enttäuschungen Verständnis und Teilnahme vorwiegend bei seinen Schicksalsgefährten sucht. Wenn er eine Frau findet, die in opferfreudiger Liebe sein Leben mit ihm teilt, dann erschließt sich ihm in der Familie ein Quell stärkender Kraft und reinsten Glückes; denn hier setzt sein Gebrechen dem Drange, anderen etwas zu geben, im Grunde keine Schranken. Musik und Poesie sind ihm treue Freunde, die ihn in schweren Stunden über sein eigenes Leid emporheben. Sein inniges Leben mit der Natur kann sich bis zur religiösen Weihe steigern, und so mancher Blinde findet seinen Gott in ihr. Religiösen Betrachtungen, Allgemeinfragen der Weltanschaung folgt er oft mit leidenschaftlicher Hingebung. Hier fällt ja zugleich mit der Ausschaltung der Sinne jede trennende Schranke, und wenn er sich eine unerschütterliche Lebensanschauung erarbeiten kann, dann verleiht sie ihm in schweren Stunden die Kraft, sein Schicksal mit Würde zu tragen."

„Das Leben der Blinden ist trotz aller Einschränkungen reich, es kann reich werden. Darin sind sie ihm gegenüber in der gleichen Lage wie die Sehenden: Es ist im Grunde doch stets das, was sie aus ihm zu machen wissen. Diese Aktivität prägt sich bei ihnen in der besonderen Form aus, daß sie sich ihrer Grenzen bewußt werden. Der Nichtsehende mache sich klar, daß er unter besonderen Bedingungen steht, darum sein Leben, soll es ihnen gerecht werden, auch anders gestalten muß. Denn nur, wenn sich die Persönlichkeit ihren unaufhebbar gegebenen Entwicklungsbedingungen gemäß heranbildet, kann sie zu einem echten Werte werden; das unkritische Streben nach völliger Angleichung führt bestenfalls zu einem Scheinwerte und einem Scheinglücke, die keiner ernstlichen Prüfung standhalten. Er soll die Sehnsucht nach der Welt der Sehenden nicht dadurch verdrängen, daß er sich einredet, er habe im Grunde nichts zu entbehren; er muß sie überwinden. Dies vermag er in der Gewißheit, daß sein Gebrechen nicht nur einen Mangel bedeutet, sondern zugleich gestaltende Kräfte erschließt, die es ihm ermöglichen, sich zu einer Persönlichkeit von stark ausgeprägter Eigenart, doch auch von

unbestreitbarem Eigenwerte heranzubilden. Diese Gewißheit ist in keinem Falle etwas ursprünglich Gegebenes; sie muß darum errungen werden in innerer Umkehr. Sie gestaltet sich verschieden je nach den Lebensbedingungen. Dem Blindgeborenen wird sie meist am leichtesten, da er von vornherein in seine Welt hineingewachsen ist. Der Späterblindete lebt weiter in visuellen Vorstellungen und benutzt die Wahrnehmungen der verbliebenen Sinne zunächst nur, um sie zu reproduzieren. Erst allmählich lernt er einsehen, daß er aus ihnen allein keine Bereicherung mehr schöpfen kann, daß deshalb die bisher hintangesetzten Eindrücke für ihn entscheidend sind. Nur wenn er der gestaltenden Kräfte, die in der Blindheit schlummern, gewiß wird, kann er sich mit der Unmöglichkeit aussöhnen, sein früheres Leben fortzusetzen. Dem Blinden mit einem Sehreste liegt die Verlockung besonders nahe, sich als Sehender zu fühlen und auf den Anteil, den er noch an ihrem Leben nehmen kann, allzu großen Wert legen. Auch ihm bleiben bittere Enttäuschungen so lange nicht erspart, als er nicht weiß oder nicht wissen will, daß ihm die Welt des Lichtes wohl manche Bereicherung bietet, doch daß er seinen Eigenwert stets nur dem verdankt, was er unabhängig von seinem geringen Sehvermögen Sein nennen darf. Günstige äußere Lebensbedingungen machen die Blindheit durchaus nicht notwendig weniger schwer. Der einfache Mann, der sich seinen Unterhalt durch seiner Hände Arbeit mühselig erwerben muß, hat hiermit zugleich ein unabweisbares Ziel und meist auch eine bestimmte Form seiner Betätigung. Für jeden bescheidenen Genuß, den ihn seine Mußestunden gewähren, ist er doppelt dankbar, weil er ihn doppelt schwer verdienen mußte. Der Blinde, dem reichere Mittel, vor allem eine umfassendere Bildung zu Gebote stehen, setzte die Befriedigung seiner physischen Bedürfnisse als selbstverständlich voraus, und seine Forderungen an das Leben beginnen erst dort, wo sich jener bereits bescheidet. Hierzu kommt, daß mit dem größeren Umfang seiner Betätigung auch die Schwierigkeiten wachsen und daß es gerade ihm oft unmöglich ist, einen Wirkungskreis zu finden, den er nach seinen Gaben und Kenntnissen verdiente. Die weiblichen Blinden kommt es oft besonders hart an, sich in ihr Schicksal zu finden. Denn da ihnen die Berufe der Gattin und Mutter so gut wie gänzlich verschlossen sind, muß ihre Vernunft ihrem Herzen gebieten, eine erwachende Neigung niederzuhalten und Ansprüchen an das Leben zu entsagen, die alle anderen ungestraft erheben dürfen. Überdies können ihnen die verbleibenden

Tätigkeiten oft keinen inneren Anteil abgewinnen, während der blinde Mann viel häufiger volle Befriedigung in seinem Wirkungskreise findet."

„Gerade unter den tüchtigen Blinden erfreut sich das Wort großer Beliebtheit: Wir sind nicht blind, wir können nur nicht sehen. Entspringt es dem Wunsche, das peinigende Gefühl zu vermeiden, das das Wort „Blind" fast stets auslöst, wenn es von Sehenden selbst bildlich gebraucht wird, so ist natürlich nichts dagegen einzuwenden. Doch es will meist mehr; es will zum Ausdruck bringen, daß die Blinden wohl mit einem kleinen, einem verschwindend kleinen Mangel behaftet sind, im übrigen aber den Sehenden in allem gleichen, dieselben Pflichten haben und darum auch dieselben Forderungen an das Leben stellen dürfen. Dem gegenüber kann nicht genug betont werden, daß der Blinde ebensowenig ein Sehender ist, der nicht sieht, wie der Sehende ein Blinder ist, der sieht. Der Ausfall des wichtigsten Sinnes schafft nun einmal so besondere Bedingungen, daß sich das gesamte Seelenleben eigenartig gestalten muß. Sein Anderssein macht es dem Blinden unmöglich, sich zu einer wertvollen Persönlichkeit heranzubilden, solange er ihm nicht in seiner Stellung zum Leben Rechnung trägt. Entschließt er sich aber zu innerer Umkehr, die ihn lehrt, sein Dasein nach seinen besonderen Bedürfnissen und Glücksmöglichkeiten einzurichten, dann findet er für die mannigfachen kleinen Mißgeschicke, die ihm unvermeidlich begegnen, ein Lächeln, das ihn über sie erhebt, dann gewinnt er die Seelenstärke, ernste Schwierigkeiten zu überwinden und dort zu entsagen, wo er seine Grenzen erkennen muß; dann kann sein Leben für ihn und andere ein Segen werden. Er soll sich nicht vor der Welt der Sehenden verschließen, sondern dankbar empfangen, was sie ihm zu bieten hat, und so manche Bereicherung vermag er aus ihr zu schöpfen. Er lebt mitten unter normalen Menschen und muß sich in vielem nach ihnen richten. Nicht nur äußeres Benehmen kann und soll er von ihnen lernen, auch wahre Güte haben sie ihm zu geben. Sein Dasein ist viel zu innig mit dem ihren verflochten, als daß er jede Grenzüberschreitung vermeiden könnte. Ohne Schaden mag er sich auch gelegentlich tröstlichen Illusionen hingeben; frei von Schwächen — und Illusionen sind Schwächen — ist ja keiner. Dann aber werden sie zu einer Gefahr für die Echtheit seiner Persönlichkeit, wenn er den Wert seines Lebens von ihnen abhängig macht. Denn in die Mauer, die ihn von den Sehenden trennt, legt wohl Liebe und Treue manche Bresche,

gänzlich fallen aber kann sie nie. Es hilft ihm nichts, sich über diese Tatsache hinwegzutäuschen; er muß sich seiner Besonderheit und ihres Eigenwertes bewußt werden und so die Schranken, die ihm ein unerbittliches Schicksal setzte, in freier Tat der Persönlichkeit als Grenzen achten lernen."

Diese kritische Selbstdarstellung ist von prinzipieller Bedeutung für die Psychotherapie der Sinneskrüppel im allgemeinen: sie zeigt, daß neben und hinter den schulungs- und technisch-bildungsmäßigen heilpädagogischen Aufgaben, deren tadellose Erledigung Voraussetzung ist, große und dankbare Aufgaben allgemeiner und spezieller Psychotherapie bestehen bleiben, die nur auf der Basis universell psychotherapeutischer Bildung erfolgreich in Angriff genommen werden können, sobald es sich um differenzierte Menschen handelt. Der Anstalts-, Schul- und Klassenarbeit des Heilpädagogen muß die individualisierende, wissenschaftlich psychopathologisch durchaus fundierte ärztlich psychotherapeutische Kunst zur Seite treten; fast in noch höherem Grade gilt dies für Taubstumme und Taubstummenblinde, so sehr man die intuitive Sicherheit der unübertrefflichen Lehrerin Hellen Kellers anerkennen wird. Selbstverständlich wird der kritische Psychotherapeut seine Arbeit gerne mit dem wissenschaftlichen Psychologen teilen. Auch hier wird die systematische, unterrichtsmäßige Ausbildung, die Sonderarbeit des Taubstummenlehrers und Heilpädagogen durch Laut- und Begriffsbildung und sprachlich-formalen, grammatischen Unterricht die Pionierarbeit leisten, über deren Prinzipien sich der Psychotherapeut zweckmäßig in den Darstellungen von Vatter orientiert. Auch die Grundlagen des Ablesens für Hörschwache und Taube müssen dem allgemein gebildeten Psychotherapeuten geläufig sein; er muß z. B. wissen, daß dabei ein quasi stenographisch-kombinierendes Raten ausschlaggebend ist, so daß z. B. der Satz „Mähe beim Baum" als „Mäh-bei-baum" abgelesen wird. Zur näheren Einführung ist das Wollermannsche Lehr- und Lernbuch für den Absehunterricht sehr geeignet.

Sowohl die sekundären, psychopathologischen Erscheinungen bei Sinneskrüppeln, wie sie aus der obenstehenden Selbstschilderung des differenzierten Sehschwachen erhellen, erfordern nicht selten psychotherapeutische Beratung, als besonders die Komplikation von Sinnesdefekten mit anderen psychopathologischen Zuständen, mit epileptischen, paranoiden oder hysterischen Erscheinungen, die nur bei verständnisvoller Zusammenarbeit des ärztlichen Psychotherapeuten und des Heilpädagogen sachgemäß berücksichtigt werden können.

Dasselbe gilt für das große Gebiet der Schwachsinnsfürsorge; auch hier leistet die Heilpädagogik bei unkomplizierten Fällen Ausgezeichnetes. Aber nicht nur die körperlichen Grundlagen und Zusammenhänge, die Notwendigkeit etwaiger somatischer Behandlung u. dgl. mehr erfordern gebieterisch ärztliche Beratung, sondern auch die zahlreichen Mischzustände mit Psychosen und Psychoneurosen, die nur auf Grund universeller psychopathologischer Bildung richtig gewürdigt und behandelt werden können. Leider wird von beiden Seiten hier oft zum Schaden der Kranken gefehlt.

Die heilpädagogische Behandlung der Schwachsinnsformen grenzt so nahe an die Psychotherapie, daß sie etwas eingehender erörtert werden muß; sie zerfällt in Erziehungspflege und Unterrichts- und Übungsleitung (Heller).

Die *Erziehungspflege bei Idioten* hat im wesentlichen das Ziel einer gewissen Dressur. Die triebhafte Existenz des Idioten soll durch große Gleich- und Regelmäßigkeit der Pflege, besonders der Fütterung eine, wenn auch primitive, zeitliche Gestaltung erhalten; völlige Pünktlichkeit und genaue Bemessung der ärztlich festgelegten Portion leisten automatisch schon Erhebliches. Wo Rudimente einer Geschmacksdifferenzierung vorhanden sind, sollen sie als pädagogisches Material nicht ungenutzt bleiben; sie sollen namentlich zu Suchübungen und Aufmerksamkeitsweckungen verwandt werden; ferner unterstützen sie wesentlich die Bestrebung, den Idioten zur selbständigen Nahrungsaufnahme zu führen; sie kann aber als aktive Leistung nur bei einem geringen Bruchteil der Idioten erreicht werden, der auch sonst meist ein wenig bildungsfähig ist. Unermüdliche Pflegearbeit ist hier ebenso notwendig, wie bei der Erziehung zur Reinlichkeit. Diese muß so früh wie möglich einsetzen, da Idioten zu ganz besonderer Vernachlässigung, zum Kotfressen u. dgl. neigen. Mit Recht protestiert daher mit anderen Heller gegen den Mißbrauch, Idioten auf Leibstühle zu setzen; erreicht doch eine sachgemäße Dressur bei einer nicht unerheblichen Bruchzahl von Idioten eine gewisse Pünktlichkeit in den Stuhlentleerungen, die dann mechanisiert wird. Ärztliche Erfahrungen an chronisch Geisteskranken haben ja bereits seit langer Zeit dazu geführt, die „Leibstühle“ und „Stuhlbetten“ aus dem geordneten Irrenanstaltsbetriebe verschwinden zu lassen. Sehr gut eignen sich zur Pflege einigermaßen bildungsfähiger Idioten ruhige leicht geistesschwache weibliche Irrenanstaltsinsassinnen, deren Affektivität in der lebendigen Puppe ein Ziel findet; die tägliche Aufsicht wird der Stationspflegerin übertragen,

die zugleich verantwortlich ist; die Oberleitung obliegt dem Abteilungsarzt. Ich kann dies Vorgehen aus persönlicher, günstiger Erfahrung empfehlen. Wesentlich ungünstiger sind die Bestrebungen, die Blasenfunktionen bei Idioten zu regeln. Sie bleiben fast immer Bettnässer, wenigstens des Nachts, und sind auch ihres seelischen Tiefstandes wegen für die Idealtherapie der Enuresis nocturna, die hypnotische Suggestion, unzugänglich. Dauernde und systematisch-motorische Übungsversuche sollen versuchen, wenigstens ein Etwas von Disziplinierung zu erreichen. Doch muß der Heilerzieher bei Idioten schon mit kleinen, äußerlichsten Erfolgen zufrieden sein, wie denn sein Werk überhaupt ein ungemein entsagungsreiches ist. Wieviel Entwicklungsmöglichkeiten trotzdem auch diese Arbeit noch bietet, läßt sich am besten aus den folgenden von Heller verkürzt übernommenen Übungsbehandlungsplan für Idioten entnehmen:

A. Bewegungsübungen. a) Fixieren. Wegen ihrer nahen Beziehung zur Aufmerksamkeit sind Übungen im Fixieren bei allen Idioten anzuwenden, auch bei solchen, die im Sehbereich befindlichen bewegten Gegenständen spontan mit den Augen folgen.

1. Fixieren einer Kerzenflamme in mäßig verdunkeltem Zimmer, a) in der Horizontalrichtung, b) in der Vertikalrichtung, c) in beliebigen Bahnen.

2. Aufleuchtenlassen eines Lichtes als Fixationszwang in verschiedener Richtung und Entfernung vom Kinde, a) mit akustischem Signalreiz, b) ohne akustischen Signalreiz.

3. Fixieren einer farbigen, glitzernden Metallkugel, die, auf einem Stäbchen befestigt, vor den Augen des Kindes bewegt wird.

Diese Übung läßt sich variieren hinsichtlich Richtung, Entfernung, Farbe und Größe des Fixierobjektes. Zu diesem Zwecke sind Kugeln in verschiedener Farbe und Größe vorzubereiten.

4. Fixieren bewegter, farbiger Wollbälle, die auch für Greifübungen (b) Verwendung finden.

b) Greifen. Man unterscheidet ein reflektorisches und ein absichtliches, bewußtes, zielstrebiges Greifen. Das erstere ist die Vorbedingung des letzteren und soll auch dann geübt werden, wenn es spontan erfolgt.

1. Einlegen des Fingers in die Hohlhand. Erfolgt die reflektorische Zusammenziehung der Handmuskulatur nicht sofort, so wird einige Male leicht mit dem Finger über die Hohlhand gestrichen. Die Übung bezieht sich sukzessiv auf beide Hände.

2. Einlegen eines Stabes, a) einhändig, b) beidhändig. Durch Umfassen der Hand oder der Hände wird bewirkt, daß der Handschluß sich nicht sofort löst, sondern eine Zeitlang erhalten bleibt. Durch Anschwellen oder Nachlassen des Handdruckes sollen Druck- und Kompressionsempfindungen dem Kinde zum Bewußtsein gebracht werden.

3. Einlegen weicher Wollbälle behufs allseitigen Handschlusses. Dem etwa fehlenden Daumenschluß wird nachgeholfen.

4. Ergreifen leicht greifbarer Gegenstände, die sich in Bauchhöhe des Kindes auf dem Tische befinden.

5. Ergreifen der gleichen Gegenstände, die sich in Bauchhöhe des Kindes auf einer Bank befinden. Verbinden des Greifens mit leichter Beugung des Oberkörpers.

6. Ergreifen von Gegenständen, die sich auf dem Fußboden befinden (Aufheben). Verbinden des Greifens mit dem Bücken. Anfänglich Unterstützung behufs Vermeidung von Gleichgewichtsstörungen. Auch das Bücken wird zunächst von der Pflegeperson intendiert.

Die Übungen 4, 5 und 6 werden einhändig geübt, wobei beide Hände gleichmäßig zu berücksichtigen sind, später auch beidhändig (Ergreifen, bzw. Aufheben eines Stabes).

7. Ergreifen bewegter rollender Gegenstände auf dem Tische. Zunächst erfolgt das Rollen in bestimmter Richtung gegen die Hände des Kindes, so daß sich dessen Tätigkeit auf das Auffangen und Festhalten bezieht. Später erfolgt die Bewegung in wechselnder Richtung. Mit dem Greifen sind jetzt Zielbewegungen verbunden.

8. Ergreifen einer auf dem Boden rollenden Kugel oder eines Balles. a) Das Ergreifen erfolgt erst, wenn das Objekt stillsteht; b) das Objekt wird während der Bewegung aufgehalten und ergriffen (Haschen).

9. Ergreifen eines auf einem entsprechenden Gestell befestigten pendelnden Wollballes. Beide Hände sind gleichmäßig zu üben.

10. Ballspiel. a) Einübung der entsprechenden Handhaltung, indem der Ball auf die aneinandergefügten Hände (Handteller) gelegt wird. b) Zuwerfen des Balles derart, daß er auf den ruhig gehaltenen Handteller zu liegen kommt. c) Zuwerfen des Balles derart, daß bei ruhiger Körperhaltung auf einen kleinen Umkreis beschränkte Armbewegungen zum Empfang des Balles erforderlich sind. d) Zuwerfen des Balles derart, daß zum Empfang desselben

gleichfalls auf einen engen Umkreis beschränkte Schrittbewegungen erforderlich sind.

c) Aufrichten des Körpers. Übungen im Aufrichten sollen den Übungen im Gehen, wenn möglich, vorausgeschickt werden. Sie erzielen Stärkung der Muskulatur, Koordination der Bewegungen, welche auch für das Gehen in Betracht kommen, und schließlich Erhaltung des Körpergleichgewichtes. Psychisch sind zu Berücksichtigen die Lenkung der Aufmerksamkeit auf den eigenen Körper, die Beziehungen der Lageänderungen des Körpers zur äußeren Orientierung, die Anbahnung von Begriffen, die sich auf eigene Tätigkeiten beziehen und in diesem Sinne als besondere Gruppe zusammengefaßt werden können (Ich-Begriffe).

1. Aufrichten aus der Rückenlage zum Sitzen.
2. Freies Sitzen ohne Lehne oder sonstige Unterstützung.
3. Übergang vom Sitzen zum Stehen.
4. Aufrichten aus der Bauchlage zum Sitzen.

d) Gehen. Bei Idioten fehlt häufig die Vorschule des Kriechens und Rutschens. Kommt die Gehbewegung zustande, so fehlen gleichsam alle Vorkenntnisse. Die ziellosen Gehversuche bedeuten eine beständige Gefährdung.

1. Vorübungen. Passive Streckungen und Beugungen der Beine. Das Kind wird in Rückenlage auf ein Streckbett gelagert. Die Pflegeperson ergreift die Beine des Kindes und führt nach Art der Gehbewegung Beugungen und Streckungen aus. Es empfiehlt sich starke rhythmische Akzentuierung der Beugungen und Vorzählen des Taktes (ein—zwei), um zu bewirken, daß sich mit jeder Bewegungsphase eine sprachliche Bezeichnung assoziiere, was bei der aktiven Ausführung der Bewegungen insofern hilfreich sein kann, als das Vorspechen des Taktes assoziativ die betreffenden Bewegungsimpulse wachruft. Diese Übung hat vielfach zur Folge, daß das Kind nach kürzerer oder längerer Zeit die Tendenz zeigt, die passiven Bewegungen zu unterstützen, später auch aktiv auszuführen, sobald der Bewegungsmechanismus durch die passiven Beugungen und Streckungen gleichsam in Gang gebracht worden ist.

2. Gehbewegungen am Ort. Das Kind wird von einer Person festgehalten, so daß Umfallen bei Störung des Körpergleichgewichtes vermieden wird. Eine zweite Person vollführt an dem Kinde der Gehbewegung entsprechendes Erheben und Niedersetzen der Beine, gleichfalls im Rhythmus nach vorgezähltem Takt.

3. Gehbewegungen vom Ort. Die unter 2. angegebenen Übungen werden in der Weise fortgesetzt, daß sich eine Person dem Kinde gegenüberstellt und, selbst nach rückwärts gehend, es sachte nach vorwärts zieht. Gleichzeitig rutscht die zweite Person dem Kinde nach und hebt und senkt dessen Beine in Schrittstellung,

4. Marschieren mit Unterstützung der Aufsichtsperson.

5. Freies Marschieren nach Zielen.

6. Marschieren mit Hemmungen.

e) Besteigen eines Schemels, Treppensteigen.

f) Armbewegungen. a) Passive. Diese Übungen lassen sich mit den Vorübungen für das Gehen kombinieren, indem den letzteren die passiven Armbewegungen angeschlossen werden.

1. Aus der Normallage seitwärts und abwärts.

2. Aus der Seitlage auf und zurück.

3. Aus der Normallage zur Hochhebe.

4. Späterhin Beugen und Strecken der Arme.

b) Aktive. Der Übergang von den passiven zu den aktiven Übungen ist auch hier ein allmählicher. Sobald sich bei dem Kinde das Bestreben geltend macht, bei den Übungen mitzuhelfen, wird sich die Hilfstätigkeit der Lehrperson immer mehr beschränken.

Die freie Ausführung der Armbewegungen erfolgt:

1. Nachahmend.

2. Auf Kommando.

g) Angewandte Tätigkeitsübungen. Was das normale Kind im Wege der Selbstausbildung durch das Spiel erlangt, muß dem Idioten durch besondere Übungen geboten werden (Sammelbetrieb). Bei der Auswahl der angewandten Tätigkeitsübungen ist die Individualität des Kindes zu berücksichtigen. Es läßt sich daher nicht leicht ein allgemein zutreffender Lehrgang aufstellen.

1. Tragen eines Korbes.

2. Aufheben kleiner Gegenstände vom Boden.

3. Tragen von Stäben ohne Bindung.

4. Tragen verschiedener schwerer Gegenstände mit den Händen.

5. Tragen größerer Gegenstände.

6. Tragen zu zweien.

7. Tragen einer gefüllten Wasserkanne, einer Gießkanne usw.

8. Ziehen eines kleines Wagens mit Deichsel.

9. Schieben einer Schiebkarre.

10. Öffnen und Schließen: 1. der Türe, 2. des Schrankes, 3. einer Schatulle, 4. einer Schachtel mit Deckel, 5. einer Schachtel mit Schubfach, 6. Auf- und Zusperren eines großen, einfachen Schlosses.

11. Aufstellen von Spielsachen.

12. Bauen mit Hilfe eines Baukastens.

13. Aufreihen von durchbohrten Holzkugeln auf Metallstangen mit abgestumpften Enden.

14. Kombinationsübungen. Zusammensetzen von Modellen aus ihren Bestandteilen.

15. Ordnen und Sortieren.

Die Übungen im Ordnen und Sortieren leiten das Kind zwanglos zu Vergleichen und Unterscheiden an und erscheinen daher als die zweckmäßige Vorschule der Unterscheidungsübungen. Im wesentlichen ist folgender Stufengang zu empfehlen:

1. Ordnen von gleichartigen Gegenständen, die sich nur in Hinsicht auf eine Eigenschaft unterscheiden, wenn z. B. Holz- und Glasstückchen von gleicher Größe und Form in der oben angegebenen Weise gesondert werden.

2. Ordnen von Gegenständen, die sich in mehrfacher Hinsicht unterscheiden.

h) Spiele.

Einzelspiele.

1. Haschen und Fangen.
2. Verstecken und Suchen.
3. Pferdchenspiel.
4. Puppenspiele.
5. Kochen.
6. Servieren.

Gesellschaftsspiele.

1. Marschspiele.
2. Kreisspiele.

B. Übungen der Sinne. Solche Übungen haben zweifellos eine gewisse Bedeutung hinsichtlich der Perzeption der Sinneseindrücke, d. h. der zentripetalen Nervenleitung. Die Übungen der Sinne machen sich vielfach als Bahnung geltend und stellen hier jenen Zustand der Reizempfänglichkeit her, der beim normalen Kinde a priori vorausgesetzt werden kann. Aber es fragt sich, ob derartige isolierte Reize die Aufmerksamkeit entsprechend wachzurufen vermögen.

Als ein weiterer Mangel dieser Methode kommt ihre hohe Ermüdungswirkung in Betracht.

a) Übungen des Gesichtssinnes.
   1. Hell und Dunkel.
   2. Farben.

b) Übungen des Gehörsinnes.
   1. Vorsingen.
   2. Spieldosen, Spielwerke.
   3. Klavier.
   4. Sonstige akustische Einwirkungen.

c) Übungen des Tastsinnes.
   1. Berührungsempfindungen.
   2. Druckempfindungen.
   3. Temperaturempfindungen.

d) Übungen des Geruchssinnes.

e) Übungen des Geschmackssinnes.

C. Unterscheidungs- und Sprechübungen (Methode der Wahl).

a) Unterscheidung von Gegenständen. Die Unterscheidung bezieht sich zunächst auf zwei Dinge. Diese werden einzeln gezeigt, dem Kinde in die Hand gegeben, mehrmals deutlich benannt und dann derart auf den Tisch gelegt, daß sie das vor demselben stehende oder sitzende Kind deutlich sehen muß. Nun erfolgt die Aufforderung: „Gib mir A!", wobei die Lehrperson die Hand des Kindes zum Gegenstaed führt, um ihn ergreifen zu lassen. Der Gegenstand wird dann dem Kinde vor Augen geführt und dabei deutlich und langsam gesprochen: „Das ist A". Hierauf wird A auf den gehörigen Platz zurückgelegt. Es erfolgt dasselbe mit B. Diese Übung wird solange fortgesetzt, bis sich das Kind gewöhnt hat, die Dinge selbst zu ergreifen und selbst zurückzulegen. Die Unterscheidung erfolgt zunächst in der Reihenfolge A—B, später auch umgekehrt.

Gelingt die Unterscheidung in beiden Fällen, so werden zwei andere Gegenstände C und D unterschieden. Die nächsten Unterscheidungen beziehen sich nicht auf neue Gegenstände, die Unterscheidungspaare werden vielmehr den bereits bekannten Gegenständen A, B, C und D in neuer Gruppierung entnommen. Also etwa A—C, A—D, B—C, B—D.

b) Unterscheidung von Bildern.

Zu diesem Zwecke sind auf Kartenblättern je ein Exemplar des dem Kinde bekannten Gegenstandes und das Bild desselben

derart zu befestigen, daß es im Belieben der Lehrperson gelegen ist, den Gegenstand oder dessen Bild dem Kinde zunächst zuzuwenden. Ersteres wird im Anfang, letzteres späterhin zu tun sein.

c) Unterscheiden von Eigenschaften.

1. Farben und Helligkeiten.

2. Eigenschaften nach Gegensatzgruppen.

Rund, eckig.
Groß, klein.
Dick, dünn.
Hart, weich.
Spitz, stumpf.
Rau, glatt.
Leicht, schwer usw.

d) Unterscheidung von Tätigkeiten.

e) Zahlunterscheidung.

D. Methodische Bemerkungen.

Der Praktiker wird aus den Lehrgängen entnehmen, was ihm für den speziellen Fall geeignet erscheint. Die Behandlung wird in der Regel mit Übungen im Fixieren, im Greifen, im Aufrichten und Gehen beginnen; ob weitere Bewegungsübungen möglich und ratsam erscheinen, muß die praktische Erfahrung ergeben.

Mit den einfachsten Bewegungsübungen können Übungen der Sinne verbunden werden; sie fließen an manchen Punkten (z. B. Fixierübungen) mit den ersteren in einem Komplex zusammen.

Die Übungen, welche für das betreffende Kind in Betracht kommen, sind in kurze Lektionen zusammenzustellen, deren Dauer gleichfalls die Erfahrung ergeben muß. In der Regel sollen solche Lektionen nicht länger als 40 Minuten währen, die einzelnen Abschnitte der Lektion müssen durch kurze Pausen getrennt werden. Bisweilen ist es ratsam, täglich zwei kürzere Lektionen abzuhalten, etwa eine am Vormittag, eine nach entsprechender Mittagspause am Nachmittag.

Langsames Vorgehen, fortwährendes Wiederholen und zurückgreifen sind unbedingt erforderlich."

So leitet die reine Dressur tiefstehender Idioten zur mehr pädagogischen Beeinflussung über, für die aber nur ein geringer Bruchteil der Idioten geeignet ist. Wesentlich ergiebiger sind die Erfolge bei *Imbezillen,* die bereits ein gewisses Maß gemeinsamer Arbeit mit dem Behandelnden leisten können, wenn auch nur in dem beschränkten Maße, das solche seelische Hemmungsbildungen

erlauben. Einzelerscheinungen können oft mit gutem Erfolge einer primitiven speziellen Psychotherapie unterzogen werden, so motorische Angewohnheiten, Tiks, Stuhlträgheit und Bettnässen der rein suggestiven Hypnose. Regelmäßigkeit der Lebensführung und motorische Disziplinierung werden schon mehr, als beim Idioten, Persönlichkeitseigentum, besonders, wenn sie der Konzentrationsschwäche und geringen Ausdauer der Imbezillen richtig angepaßt werden. Die große Unselbstständigkeit und Beeinflußbarkeit läßt Milieuwirkungen bei Imbezillen ungemein wesentlich sein. Die oft erhebliche Lernfähigkeit täuscht namentlich bei Kindern besserer Stände nicht selten erheblich über die groben bestehenden Defekte, ein Irrtum, der namentlich dem Sprechstunden-Therapeuten sehr gefährlich werden kann. Heilpädagogisch gelingt es meist, unkompliziert Imbezillen soviel mechanisch Erlerntes mitzugeben, daß sie sich in geordneten Verhältnissen mit einfachen Beschäftigungen durchhelfen können; die Übungsbehandlung, wie sie für Idioten ausführlich nach Heller wiedergegeben wurde, kann differenziertere Anforderungen erfüllen und schneller vorrücken, wobei besonderer Wert auf Handfertigkeiten zu legen ist; zu den Unterscheidungs- und Kombinationsübungen treten schwierigere Aufgaben, zum Anschauungsunterricht, der hier reichlich mit Bildern arbeiten kann, die Grundlagen schulmäßigen Unterrichts, der vor allem Sprechen Zeichnen, Rechnen und Realienfächer umfaßt.

Wie Imbezille bereits ein Individualisieren, nicht mehr bloß im Sinne der Ausnutzung rohester Anlagereste, wie bei Idioten, sondern mehr im Persönlichkeitssinne fordern, so in noch weit höherem Maße jene geistigen Schwächezustände leichtester Form, die als *Debilität* zusammengefaßt werden. Für die Psychotherapie dieser Kranken gilt es vor allen Dingen, wie bei den leichteren Formen der Imbezillität, die in der Eigenart solcher Individuen begründete Überwältigung durch das Milieu psychotherapeutisch auszunutzen und rationelle indirekte Psychotherapie zu treiben. Oft wird Entfernung aus der ungünstigen Atmosphäre des Elternhauses und Versetzung in ein Heilpädagogium der einzig sachgemäße Rat sein, während bei verständnisvoller Behandlung durch vollsinnige Angehörige vielfach in speziell psychotherapeutischer Beratung Genügendes erreicht werden kann. Sehr beachtenswert ist die Warnung kritischer Heilpädagogen vor übertriebener Übungsverstärkung rein mechanischer Lernvorgänge bei Debilen, der leider die Mittelmäßigkeitsdosierung und Überbürdungsfurcht gerade unserer höheren Schulen oft nur allzu sehr zuwider handelt.

Grundlegend ist für die sachgemäße Psychotherapie der angeborenen und früh erworbenen geistigen Schwächezustände eine wissenschaftliche Beurteilung der Intelligenzleistung; auch für die Indikationsstellung und die Auswahl speziell psychotherapeutischer Methoden ist sie oft entscheidend und in der Selbstaufklärung der Behandelten Psychotherapie an sich. Darum ist eine kurze Darstellung der *Intelligenzfrage* hier unerläßlich.

Als sicherster Maßstab für die Intelligenzleistung ist die objektive Klärung des Lebensverlaufes und der Lebensleistung bereits früher bei Besprechung der psychotherapeutischen Anamnese gewürdigt; muß doch die „überzeitliche Gestaltung lernfähiger Funktionen", als welche die Intelligenz bezeichnet wurde, sich hier, sozusagen im Resultate am besten beurteilen lassen. Auch auf die richtige Bewertung der Relation von Funktion und Resultat, auf die Berücksichtigung brachliegender intellektueller Potenzen oder die Erfolgsteigerung schwacher Intelligenzanlagen durch voluntäre und affektive Momente, wie Ehrgeiz, Habsucht, Geltungsbestreben, ist in diesem Zusammenhange bereits hingewiesen. Weiter werden vielfache, oft sehwer faßbare Augenblickseindrücke, wie Ausdrucksbewegungen, Reaktionsform und Geschwindigkeit, wesentlich dazu beitragen, den nicht selten trügerischen Eindruck *wirkender, wesentlicher* Intelligenz hervorzurufen. Einzel- und Dauerleistung (Bleuler), Umfang und Grad intellektueller Begabung werden zu sondern und gesondert zu beurteilen sein. *Intuitiv-praktische* und *abstraktiv-theoretische* Intelligenzen und ihre Mischformen erfordern ganz verschiedenartige Berücksichtigung. Wenn auch „die Intelligenz" als „die allgemeine Fähigkeit eines Individuums, sein Denken bewußt auf neue Forderungen einzustellen", als „die allgemeine geistige Anpassungsfähigkeit an neue Aufgaben und Bedingungen des Lebens" in gewissem Maße einheitlich umschrieben werden kann (W. Stern), sie bleibt als „das Ganze aller Begabungen, aller Talente, aller Werkzeuge, die zu irgendwelchen Leistungen in Anpassung an die Lebensaufgaben brauchbar sind" (Jaspers) in höchstem Maße komplex und vielgestaltig. Der kritische Psychotherapeut wird darum die obenerwähnten allgemeinen Beurteilungsweisen stets durch gesonderte Prüfungen zu ergänzen haben. Nach langjähriger Überschätzung rein schul- und gedächtnismäßig erworbenen Materiales, also einer *Kenntnis-* statt einer Intelligenzprüfung, führten Riegers, Ziehens u. a. Arbeit zum Aufstellen umfassender und vielseitiger Prüfungsschemata, die besonders auch das Lebens-

wissen zu beurteilen suchten. Die Massenarbeit angewandter Psychologie an Kindern und Jugendlichen hat hieran angeknüpft und Originalanregungen von Binet-Simon folgend eine Staffelmethode der Intelligenzprüfung angestrebt; durch Einzelprüfungen, „Tests", die an großem Normalmaterial geeicht wurden, sollte stichprobenmäßig eine Einteilung intellektueller Leistung nach Altersstufen ermöglicht werden, so daß der Geprüfte nach dem Ausfalle seines Tests einer bestimmten, natürlich schematischen Jahresklasse eingeordnet werden konnte. Als Beispiel diene das kurze Bobertag-Chotzensche Schema, das in einfachster Form Schul- und Lebenswissen testmäßig zu fixieren sucht:

	5 Jahre	6 Jahre	7 Jahre	8 Jahre	9 Jahre	10 Jahre	11 u. 12 Jahre	11 und 12 Jahre
1	Quadrat-abzeichnen	Beschreibung von Bildern	Rhomb. abzeichnen	Lesen, 1 Hauptpunkt	Provozierte Erklärung v. Bildern	Lesen, 6 Hauptpunkte	Spontane Bilderklärung	Definition von Abstrakt
2	Definit. Zweck	Ästhet. Vergleich	Lücken in Bildern	Leichte Intelligenzfragen	Definit. Oberbegriff	3 Worte in zwei Sätze	Text mit Lücken	Schwere Intelligenzfragen
3	10 Silben nachsprechen	16 Silben nachsprechen	Münzenkenntnis von 1 Pf. bis 1 Mk.	Vergleiche	Datum	26 Silben nachsprechen	Absurdidäten	Worte zu Sätzen ordnen
4	4 Zahlen wiederholen	3 Aufträge	5 Zahlen nachsprechen	4 Farben	5 Gewichte	6 Zahlen nachsprechen	3 Worte in einem Satz	Reime
5	4 Pf. abzählen	Geduldspiel	Rechts und links	von 20—0 rückwärts zählen	80 Pf. herausgeben	Alle Münzen	—	—

Für schnelle Herausstellung feinerer Differenzen, besonders bei Jugendlichen, kann mit Lobsien eine Testreihe empfohlen werden:

1. Vergleichen zweier Begriffe aus dem Gedächtnis (konkret, abstrakt).

2. Reaktionsversuch: logische Überordnung. „Der Hund ist ein —?"

3. Reaktionsversuch: Ursachangabe.

4. Reaktionsversuch: Angabe der Wirkung.

5. Reaktionsversuch: logische Unterordnung. „Nenne ein Metall, Tier usw."

6. Definition von Begriffen (konkret, abstrakt).

7. Aus Stichwörtern eine Geschichte zusammensetzen (Masselon-Meumannsche Methode).

8. Textergänzung (Ebbinghaussche Methode).

9. Aus zwei Wörtern Satz bilden (weite Ergänzungsmöglichkeiten).

10. Satzumstellungen (Kombinations- und Ordnungsprüfung).

11. Aus drei Wörtern einen Satz bilden (Masselonsche Methode).

Fast jede der Einzeltestprüfungen trat einmal mit dem Anspruche auf, für „die" Prüfung „der" Intelligenz besonders geeignet zu sein; erlaubt doch jede einfachste psychologische Versuchsanordnung Rückschlüsse auf die intellektuelle Leistungsfähigkeit. So konnte Ranschburg aus Gedächtnis- und Rechenprüfungen und ihrer zahlenmäßigen, differentiell-psychologischen Auswertung Testgrenzwerte gewinnen, die gegen gute Begabung oder direkt für Schwachsinn sprachen; in der vielseitigeren Anwendung praktisch geeichter Tests ist aber zweifellos ein Verfahren gegeben, das der Individualität mehr, der Kombination des Untersuchers weniger Raum läßt. Es hat in letzter Zeit auch praktisch bewährte psychologische Eignungsprüfungen für Berufe, wie Schriftsetzer, Tramführer usw. ermöglicht (W. Stern, Lipmann u. a.).

Mit Hilfe der Staffelmethode gelingt die Beurteilung kindlicher und primitiver Intelligenzleistungen ausreichend; für die Beurteilung der Intelligenz Erwachsener werden die Anforderungen entsprechend zu steigern sein. Es muß ein standesgemäßes Schulwissen bestehen. Ferner sind besonders empfehlenswert: Das Trennen verwandter Begriffe (Kultur—Zivilisation, Religion—Konfession, Freiheit—Willkür, Habsucht—Neid usw.), das Erfassen und Wiedergeben von Erzählungen und Pointen, das Ausführen nicht mechanisierter Rechenleistungen, die Begründung und Klarheit eigener Ansichten und Gefühle, die Festigkeit gegen Vexierversuche, die Selbst- und Fremdbeurteilung in Fragen des Lebens; alle diese Punkte müssen in scheinbar absichtsloser Plauderei geprüft werden; namentlich auch, wenn irgend möglich, eigentlich produktive Leistungen. Zahlenmäßiges Auswerten der Leistungen wird hier ebensowenig möglich, wie bei Anwendung der Staffelmethode für die Psychotherapie wesentlich sein.

III. Besondere Aufgaben allgemeiner Art.

8. Empfindungs- und Vorstellungsstörungen.

Als organnahe, der Persönlichkeitstotalität gewissermaßen ferne Erlebnisse waren die Empfindungen in den einleitenden Betrachtungen den Gefühlen gegenübergestellt, die in ganz anders unmittelbar eingreifender Weise die Persönlichkeit als Ganzes beeinflussen. Ein gleichsam objektiver Charakter eignet der typischen „Empfindung" im psychologischen Sinn gegenüber dem weit stärker subjektiven „Gefühle", so daß der Arzt und oft auch der medizinisch vorgebildete Psychologe unwillkürlich bei der „Empfindung" an „periphere", bei „Gefühlen" an „zentrale" physiologische Apparate erinnert wird. Rein psychologisch setzen wir am kürzesten und besten mit Lipps die Gefühlserlebnisse als „Zustandsbewußtsein" in einen prinzipellen Gegensatz zu dem durch Empfindungserlebnisse vor allem bestimmten „Gegenstandsbewußtsein".

Aber der Psychotherapeut muß sich hüten, diese Abgrenzungen mißzuverstehen; als wäre vielleicht das „periphere" Empfindungserlebnis darum etwa mehr im klinischen Sinn „organisch" und seelischer Behandlung unzugänglich. Wer die Anschauung der geschlossenen und lebendigen Fülle seelischen Geschehens in sich aufgenommen hat, kann solchem Irrtum nicht verfallen; er weiß, daß zunächst und prinzipiell jedes psychische Erleben die Ganzheit des Seelischen einbegreift, wenn auch oft wenig merklich und sozusagen indirekt. Ferner wird er in der allzu scharfen Abgrenzung von Empfindung und Gefühl doch bei einiger Umsicht allerlei Schwierigkeiten begegnen. Das Empfindungserlebnis des Alltags enthält in jedem Fall reichlich Vergangenheitsmaterial; Erinnerungselemente, am einfachsten als Vorstellungen zu bezeichnen, schießen mit ein und machen das Erlebnis erst zu dem, was es ist, dem direkten Vorhandensein des Empfindungsinhalts beim Erlebenden. Damit wird aber auch das einfachste Empfindungserlebnis für den medizinisch eingestellten Psychologen wieder „zentraler"; außerdem mahnt uns die gewichtige Stimme Stumpfs, nicht zu vergessen, daß zwischen den reinen, allgemein in der wissenschaftlichen Psychologie anerkannten Empfindungen (Gesicht, Gehör usw.) und den sonst, z. B. von Wundt, als „sinnlichen Gefühlen" bezeichneten Erlebnissen kein ausreichender Unterschied besteht, um eine völlige, prinzipielle Trennung zu rechtfertigen Als „Gefühlsempfindungen" stellt Stumpf diese Erlebnisse

den Empfindungserlebnissen nahe. Insbesondere gehört das ärztlich so sehr wichtige Schmerzerlebnis hierher, ferner Kitzel-, Juck- und Wollustempfindungen und primitive Lust- und Unlustgefühle einfacher Sinneseindrücke. Es ist hier nicht der Ort, des Näheren darauf einzugehen, inwieweit überhaupt Empfindungs- und Gefühlserlebnisse je nach Einstellung des Erlebenden bald mehr „objektiviert" und „rein empfindungsmäßig", bald mehr „subjektiviert" und „gefühlsmäßig" erlebt werden können. Die Skizzierung der Grenzbereiche soll nur dartun, warum hier zunächst von „Empfindungs- und Vorstellungsstörungen" die Rede ist, die aus Gründen der Übersicht hier — im erweiterten Stumpfschen Sinne — als Gegenstandsbewußtsein den Gefühlen und deren Welt des Zustandsbewußtseins entgegengestellt werden, deren Behandlung dem nächsten Kapitel vorbehalten bleibt.

Ebensowenig kann es zu Mißverständnissen führen, wenn die *Behandlung,* die an Störungen des Gegenstandsbewußtseins anknüpft, gelegenen Falles mit anderen Mechanismen arbeitet; es soll hier keine Klinik der Störungen des Gegenstandsbewußtseins gegeben werden, sondern lediglich eine Reihe möglichst alltäglicher und praktisch bedeutsamer psychotherapeutischer Aufgaben aus dem Bereiche des Gegenstandsbewußtseins.

Aus dem weiten Gebiete der Gesichtsempfindungen sind es besonders zwei Alltagsstörungen, die ungemein häufig psychotherapeutische Abhilfe erfordern, die „mouches volantes" und die asthenopischen Beschwerden. Bei der hohen Wertigkeit des Gesichtssinnes ist das plötzliche Auftreten solcher Störungen auch für durchaus nicht hypochondrische, lediglich etwas irritabele Menschen eine starke Alarmierung; die sachliche Erklärung des meist zuerst zugezogenen Augenarztes, daß die Augen normal seien und es sich lediglich um gleichgültige Konstruktionsfehler handele, die nur unter besonderen Umständen bemerkt würden, schafft vielfach nur vorübergehende Beruhigung, und es bleibt die unklare Befürchtung, daß doch irgend etwas mit „den Nerven" oder „dem Gehirne" nicht in Ordnung sei. Fälle derart mit mouches volantes sind einer dreifachen Psychotherapie mit sehr gutem Erfolge zugänglich; es ist erstens rationell psychotherapeutisch auf dem fachärztlichen Befunde des Augenarztes weiterzubauen, in geeigneten Fällen mit Heranziehung von Literatur. Bleibt trotz dieser Beeinflussung noch Unsicherheit zurück, so ist hypnotische Behandlung ungemein zu empfehlen, die oft nach wenigen Sitzungen die Beschwerden auf-

hebt. Selbstverständlich wird hier nicht, wenn irgend möglich, primitiv-suggestive, sondern allgemein-psychotherapeutische Hypnotherapie getrieben. Wo Bedenken gegen Hypnose bestehen, leisten Schauübungen sehr Gutes. Der Kranke wird angeleitet, ein affektiv indifferentes oder leicht positiv getöntes Objekt, z. B. eine Fensteraussicht oder ein erfreuliches Bild, eine bestimmte Zeit in vollem Versenken auf sich wirken zu lassen (10—40 Minuten, täglich steigend) und über sein Erleben nach vorgeschriebener Zeit eine eingehende Schilderung zu erstatten. Diese Schau- und Beobachtungsübungen stellen ein Mischverfahren von Ruhe- und Beschäftigungstherapie dar und sind hervorragend geeignet, das „optische Selbstbewußtsein" zu stärken. Das sie zu gleicher Zeit eine gute Gelegenheit bieten, eine Erziehung zur Objektivität durchzuführen, sei nur beiläufig erwähnt.

Noch häufiger, als bei Klagen über mouches volantes liegen den *asthenopischen* Beschwerden depressive Störungen zugrunde. Die Mehrzahl der Kranken mit Asthenopie bedarf darum auch nicht als „überanstrengt" der „Schonung", sondern sachgemäßer Klärung der Psychogenese ihrer Störung, soweit nicht rein ophthalmologische Maßnahmen in Betracht kommen. Ebenso wie in dieser örtlich eigenartigen Form ist ja überhaupt die echte nervöse Erschöpfung ein sehr seltenes Leiden.

Zur Illustration diene folgender Fall. Ein 24jähriger Akademiker von kräftigem Körperbau mit gesunden Organen ist beiderseits um vier Dioptrien hypermetrop; die Refraktionsanomalie ist entsprechend korrigiert, so daß der Kranke die Eilausbildung als ungedienter Landsturmmann glatt absolvierte, ebenso 2 Jahr Frontdienst bei einem Infanterie-Regiment im Westen. Zunehmender asthenopischer Beschwerden wegen mußte er von der Truppe zurückgesandt werden; er sah das Gewehrkorn nur augenblicksweise scharf, dann so verschwommen, daß ein regelrechtes Schießen unmöglich wurde. Augenärztliche Untersuchung ließ ophthalmologische Behandlung nicht als notwendig erscheinen. Die nähere Beobachtung ergab, daß der Kranke ausgesprochen depressiv verstimmt war; zunächst motivierte er dies mit Sorgen seiner Sehschärfe wegen; die Sehstörungen beständen seit etwa 3 Monaten, vordem sei alles glatt gegangen; seitdem sei auch seine Stimmung schlechter. Endogene Stimmungsschwankungen waren sonst bei ihm nicht aufgefallen, doch war er immer sensitiv, reizbar, gewissenhaft und ehrgeizig. Befragt, ob sich in den letzten 3 Monaten bei der Truppe sonst Besonderes ereignet habe, verneint er zunächst,

um dann, mit einigem Zögern, anzugeben, daß im letzten halben Jahr verschiedene Dienstjüngere über ihn weg befördert worden seien, obwohl er seinen Dienst stets sehr genau genommen habe und insbesondere stets ein sehr guter Schütze gewesen sei. Gerade vor 3 Monaten sei ein wesentlich jüngerer Kamerad von ihm befördert. Irgendein Zusammenhang dieser Verstimmung mit den Sehstörungen wird zunächst lebhaft in Abrede gestellt. Doch ließ sich der Kranke bereits am folgenden Tage durch praktischen Versuch überzeugen, daß seine Zielfähigkeit wesentlich gebessert war. Im Verlaufe einer 15tägigen psychischen Orthopädie verbunden, mit Schau-, Zielübungen und allgemeiner Behandlung, wurden die Störungen restlos beseitigt. Die Heilung blieb beständig.

Unter den Störungen der Gehörsempfindung ist besonders der nervöse Hörschmerz, die Hyperacusia nervosa ein psychotherapeutisches Alltagsproblem. Welch komplizierte psychotherapeutische Aufgaben hier erwachsen, lehrt am besten ein typischer Fall.

Der 42jährige Extraordinarius einer mittleren Universität A. hatte immer allerlei nervöse Eigenheiten gezeigt, insbesondere Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen und Neigung zu grüblerischen Selbsthemmungen aus übertriebener Kritik. Als durchaus rezeptiver und kritischer Wissenschaftler machte er unter günstigen äußeren Umständen seinen Weg glatt, bis ihm nun die Aufgabe erwuchs, seine wissenschaftliche Produktivität und Originalität durch eine größere Leistung zu erweisen. In dieser Lebensphase entwickelte sich bei ihm eine ungemein quälende Hyperakusie; wenn A. sich nach Erledigung seines Tagewerkes der Eigenarbeit zuwenden wollte, so genügte das geringste Geräusch, um ihn zu irritieren: eigentlich organische Störungen waren von autoritativer Seite ausgeschlossen, auch schon darum kaum anzunehmen, weil Prof. A. ein fleißiger Konzertgänger und heiterer Gesellschafter war, wobei Geräusche jeder Art ihn nie wesentlich beeinflußten. Nur wenn er „absolute Ruhe brauchte", wie er sich ausdrückte, brachte ihn das minimalste Geräusch völlig aus der Fassung. Die Empfindlichkeit gegen Geräusche beherrschte den Kranken nach etwa einem halben Jahr so völlig, daß er fast in jedem Gespräche auf sie zu sprechen kam; die Wohnung wurde gewechselt, das Arbeitszimmer mit Lärmschutzvorrichtungen umbaut, Kinder und Personal mit Filzschuhen ausgerüstet — kurz es entwickelte sich ein ausgesprochener Ruhekultus. Erst im Verlaufe einer längeren Behandlung gelang es, dem Wesen des Zustandes näher zu kommen, denn erst nach Wochen entschloß sich Prof. A. zu dem Bekenntnis, daß er sich eigentlich

am allerschlechtesten befinde, wenn wirklich die ersehnte „absolute Ruhe“ herrschte. Dann saß er sich selbst gegenüber und konstatierte, daß er einfach keinerlei Gedanken oder auch nur Einfälle hatte; durch die Jagd auf Ablenkungen und Störungen kam er zeitweise über diese deprimierende Erkenntnis fort. Darum stürzte er sich mit wahrem Fanatismus auf die vorgeschobenen Feinde seiner geistigen Arbeit, die ihm den wirklichen und gefährlichsten, seine völlige Sterilität, verdeckten. Alle diese Erkenntnisse erarbeitete sich der Kranke schrittweise in allgemein psychotherapeutischer Behandlung und je weiter er hier vordrang, desto mehr trat die einst allesbeherrschende Hyperakusie ohne besonders auf sie gerichtete Behandlung in den Hintergrund, bis schließlich mit dem Erkämpfen der bewußten und klaren Einsicht, daß es auch zuverlässig und kritisch reproduktiv arbeitender Wissenschaftler bedarf, deren Leben darum nicht an Wert verliert, eine völlige Lösung eintrat.

So kann eine „Gefühlsempfindung“ im Sinne von Stumpf zur Waffe der Selbsttäuschung werden, sie kann Stütze einer „Lebenslüge“ sein und ohne direkte Beeinflussung sachgemäßer allgemeiner Psychotherapie weichen; ganz anders wird die psychotherapeutische Arbeit sich entwickeln, wenn eigentlich organische Störungen vorliegen, wie z. B. Ohrensausen bei alten Mittelohraffektionen.

Ein 38jähriger Bureaubeamter B. leidet von Kindheit auf an Mittelohrkartarrh; die fachärztliche Ohrenbehandlung ist abgeschlossen, B. hat beiderseits herabgesetzte Hörfähigkeit und links mehr als rechts ungemein quälendes Ohrensausen. Nervenärztlich ist B. das Bild eines nervösen Bureaubeamten, asthenisch gebaut, mit zahlreichen ausgesprochenen Degenerationszeichen behaftet, aus einer Kleinbeamtenfamilie stammend und Kind einer äußerst nervösen Mutter. B. wurde mit Rücksicht auf seine allgemeine Nervosität vom Ohrenarzt überwiesen. Seelisch bietet er eine auffällige Hastigkeit und Unsicherheit; er klagt, daß er sich der dauernden Geräusche wegen nicht konzentrieren könne, auch habe sein Gedächnis und sein Schlaf gelitten und er sei furchtbar reizbar geworden. B. wird kurz über das Wesen der Hypnose aufgeklärt und im halbverdunkelten Untersuchungszimmer sogleich behandelt. Bei ganz kurzem Fixieren des Perkussionshammers tritt lebhaftes Lidzittern auf, dann tiefes Atmen und zwanghafter Lidschluß. Bei den ruhig gesprochenen Worten: „Sie schlafen jetzt ein“ fällt B. vollkommen nach links zusammen, so daß er gestützt und durch Ruhesuggestion korrigiert werden muß. In ruhiger gleichmäßiger Hypnose wird B. nun zunächst auf Tasteindrücke des Armes und

der Stirn eingestellt und ihm befohlen, auf das Ohrensausen nicht zu achten. In immer intensiverer Konzentration auf Drucksensationen in der Stirn gelingt es, das Ohrensausen zeitweise unmerklich werden zu lassen. Anschließende allgemeine psychotherapeutische Hypnotherapie weist den Kranken nochmals energisch darauf hin, daß rein seelische Maßnahmen die Beschwerden wesentlich verringern können; ihr Einfluß wird durch primitive Suggestionen (Schlafverbesserung usw.) erhöht. B. schläft eine halbe Stunde nach, fühlt sich beim Erwachen frei und ruhig. Am folgenden Tage war die günstige Beeinflussung noch wesentlich deutlicher; B. hatte seit langer Zeit zum ersten Male gut geschlafen und fühlte sich wesentlich weniger reizbar. Er wurde 4 Wochen lang täglich, dann drei- und später zweimal wöchentlich lediglich suggestiv-hypnotisch mit leichter allgemein-psychotherapeutischer Unterstützung behandelt und brauchte sich nach 3 Monaten nur noch einmal wöchentlich zu zeigen. Die durch 4 Jahre kontrollierte Besserung hielt an.

Sehr interessante und oft lohnende Aufgaben stellen Gehörstäuschungen bei Krankheitseinsicht; oft gibt erst jahrelange Beobachtung und Entwicklung die ätiologische Erklärung, ohne darum vorher von therapeutischen Bemühungen zu entbinden. Der Arzt ist als Arzt verpflichtet, zu helfen und nicht lediglich mit resigniertem Ignorabimus zu beschreiben.

Der evangelische Geistliche C. sucht nervenärztliche Hilfe, weil er seit einigen Jahren an „Halluzinationen" leidet. Er hört mit absoluter Lebhaftigkeit Glockenläuten, das plötzlich einsetzt und seine Aufmerksamkeit völlig fesselt. Oft hat er schon das Fenster geöffnet, weil er erstaunte, daß zu ganz sonderbarer Zeit Glocken geläutet wurden. Meist hört er das Geläute etwas von ferne, seine Körperhaltung ist ohne Einfluß auf das Geräusch; durch Befragen der Umgebung und allerlei Kontrollversuche habe er sich selbst überzeugt, daß es sich um Sinnestäuschungen handeln müsse, die den nur eben 30jährigen Mann ungemein belästigen. Aus der Vorgeschichte ist bemerkenswert, daß der Vater Alkoholiker war, die Mutter litt an Anfällen unklarer Art, zahlreiche Geschwister sind klein gestorben. C. selbst litt bis zum 8. Lebensjahre an kurzdauernden Anfällen, besonders nach Aufregungen. Seine geistige Begabung war mittelmäßig, er war ungemein rechthaberisch, jähzornig und neigte zu Brutalitäten. Seine Selbsteinschätzung war immer sehr hoch, namentlich rein äußerer Vorzüge wegen; dabei war er äußerst kleinlich und pedantisch und in vieler Weise umständlich und langsam. Seit dem 20. Lebens-

jahre stellten sich wieder Anfälle ein, in denen er nie ganz bewußtlos wurde, aber stark die Farbe wechselte, jammerte und sich hilflos kindisch benahm. Verletzungen, Zungenbiß oder Urinverlust kamen nicht vor, auch wurde Alkohol in erheblichen Mengen genossen, ohne daß danach Anfälle oder besondere Mattigkeit auftraten. Die kinderlose Ehe des Kranken mit einer anästhetischen, dabei leichtsinnigen und ausgesprochen degenerativ-hysterischen, intellektuell minderwertigen Frau war wenig glücklich. Ein organisch-neurologischer Befund bestand bei C. nicht, nur starke Asymmetrien des Baues und gehäufte Degenerationszeichen; der Allgemeinzustand war gut. Sehr bemerkenswert waren die Angaben C.s über die Entwicklung seiner Störungen. Es bestand zunächst etwa 1 Jahr hindurch eine übertriebene Abneigung, ja geradezu eine Scheu gegen das Läuten von Kirchenglocken. Weit draußen vor der Stadt mietete er sich ein und hielt sich nur im Zimmer auf, aus denen keine Kirche zu sehen war und wohin kein Ton von Glockenläuten drang. Kam er nachts auf Reisen in ein fremdes Hotel, in das aus der Nähe Glockenklänge drangen, so zog er sofort aus, sogar mitten in der Nacht. Als er aber endlich in seiner letzten Stellung eine seiner Eigenheit völlig entsprechende Wohnung gefunden und bezogen hatte, stellten sich plötzlich bei ihm die erwähnten Störungen mit quälender Heftigkeit ein, so daß er sich nach langen Kämpfen entschloß, einen Facharzt aufzusuchen. C. wurde zunächst veranlaßt, sich rückhalt- und programmlos auszusprechen. Die ersten Besprechungen brachten vornehmlich Schilderungen seines häuslichen Elendes. Er war 4 Jahre verheiratet und die anfängliche, besonders sinnlich lebhafte Neigung war in einen tiefen Haß umgeschlagen, der durch dauernde erotische Konflikte mit der frigiden Frau noch gesteigert wurde. Weitere Besprechungen behandelten seine Stellung zu seinem Berufe; C. schilderte ihn zunächst mit enormem Idealismus als den höchsten aller Berufe, verlor aber bei den Schilderungen derart den Boden unter den Füßen, daß man unschwer erfühlte, wie ganz verschieden C. den Beruf schilderte und erlebte. Diese Disharmonie kam in der 10. Besprechung als grelle Dissonanz zum Vorschein. In heftiger Erregung beklagte sich C., wie durch die Minderwertigkeit der Menschen, die Kleinlichkeit der Kollegen und allerlei konfesionell-traditionelles Beiwerk der höchste Beruf des Menschen, der geistliche, zu Schanden werde; nie wäre er Geistlicher geworden, wenn er das vorher gewußt hätte. Bei dieser menschlichen Unzulänglichkeit sei der Beruf unerträglich, und er müsse sich zu jeder

Berufsaufgabe zwingen; schon lange sei ihm der Gang zur Kirche eine Qual und er halte die Lebensarbeit jeden guten Handwerkers für fruchtbarer und Gott wohlgefälliger. Bei diesen Ausführungen setzten die Gehörstäuschungen akut ein. C. wurde befragt, ob es die Glocken seines Amtes seien; er verneinte. Es müßten Glocken aus seiner Kinderzeit sein, nur hohler und tiefer, deren Klänge durcheinanderklängen. C. wurde nun angewiesen, sich rein beobachtend zu verhalten und aufzumerken, was außer den Akoasmen in ihm vorgehe. Er kam der Aufforderung nach und erklärte plötzlich mit ganz eigenartig erstauntem Gesichtsausdruck, jetzt falle ihm ein Nachbargarten zu Hause ein, wo er bis zum 16. Jahre mit einer Jugendgespielin viel zusammen gewesen sei. Der Garten habe unmittelbar bei der Kirche gelegen. Die Freundin habe er sehr geschätzt, sie sei, wie er, sehr sinnlich gewesen und es sei jahrelang zwischen ihnen zu intimsten Zärtlichkeiten gekommen, wenn auch nicht zum eigentlichen Verkehr. Doch habe sie mit 17 Jahren geheiratet und er habe sich bald darauf, als junger Student, mit seiner jetzigen Frau verlobt. Er habe wohl öfter in Sehnsucht seiner alten Liebe gedacht, „sich aber die Gedanken selbst verboten". In der Verlobungszeit habe seine Zärtlichkeit schon keinerlei Echo bei seiner Braut gefunden, doch habe er das als Mädchenhaftigkeit aufgefaßt. In den späteren Verlobungsjahren seien seine Anfälle zum ersten Male wieder aufgetreten. Seine Frau sei in jeder Weise sein Unglück. Bei der folgenden Besprechung berichtete C., daß die Störungen nicht mehr aufgetreten seien, aber er sei in Gedanken viel bei seiner Jugendliebe, es seien ihm noch unendlich viel Erinnerungen gekommen aus jener „paradiesisch schönen Zeit". Seine einzige Rettung sei eine Scheidung, doch dürfe er daran bei seinem Berufe nicht denken, er sei ein „Opfer seines Berufes". Ganz interessant waren die Ergänzungen, die Frau C. zu den Angaben des Mannes machte. Danach machte er ihr das Leben zur Hölle, namentlich durch ganz erhebliche sexuelle Anforderungen, deren Erfüllung ihr Qual waren. Setzte sie ihm Widerstand entgegen, so geriet er in fassungslose Wut und mißhandelte sie körperlich. Oft schloß sich an solche Szenen bei ihm ein „Anfall" mit „Weinkrämpfen" und vollständiger Rat- und Hilflosigkeit an; in diesem Zustande war er ihr noch ekelhafter, als in erotischer Appetenz. In weiteren Besprechungen gelang es C. für soziale Aufgaben zu interessieren, die ihn zwangen, viel in seinen Sprengel umherzulaufen, sowie sich körperlich stark zu ermüden; den unerquicklichen Familienverhältnissen ent-

sprechend traten „Anfälle" auch weiterhin noch auf, doch gelang es, die ablehnende, durch einen weltfremden Pseudo-Idealismus nur schlecht verdeckte intensive Ablehnung des Berufes zu beseitigen. Im Verlaufe dieser Entwicklung, die ein Vierteljahr in Anspruch nahm, wurden die Störungen, derentwegen C. mich aufsuchte, immer schwächer und seltener; namentlich trat auch die so sehr durchsichtliche Überempfindlichkeit gegen reales Glockengeläut völlig zurück.

Der Fall zeigt sehr schön, wie bei einem Psychopathen, der viel epileptische Eigenheiten bietet, auf affektiver Grundlage Empfindungsstörungen auftreten, deren allgemein psychotherapeutische Behandlung Erfolg hat.

Geruchs- und Geschmacksempfindungen sind nicht selten psychotherapeutisch von Bedeutung; sie stellen den Psychotherapeuten vor besonders schwierige Aufgaben, weil sie in ausgesprochenstem Maße in ein Grenzgebiet zu ganz anderen Heilmethoden führen, in das Grenzgebiet zu anaphpylaktischen Zuständen, und erfordern um so mehr scharfe Kritik, als die Mehrzahl der nervösen Krankheitserscheinungen, die jetzt gern mit anaphylaktischen Mechanismen in Verbindung gebracht werden, noch völlig unklar, ihre Auffassung als anaphylaktische Reaktion durchaus hypothetisch ist. Trotzdem wird dem Psychotherapeuten die Aufgabe erwachsen, die Möglichkeit solcher rein somatisch-klinisch angreifbarer Grundlagen im Auge zu behalten und ihnen therapeutisch Rechnung zu tragen. Psychologisch erheischen Störungen der Geruchs- und Geschmacksempfindungen besondere Beachtung, weil sie einmal sehr nahe Beziehung zum Ekelgefühl haben; dann, weil namentlich Geruchserinnerungen eine ganz besondere mnemogene Wertigkeit besitzen. Es liegt dies wohl zum Teil an ihrer unsystematischen Einzigartigkeit, die auch Zwaardemakers Ordnungsversuchen trotzte. Verschiedene Blumendüfte, Heu-, Leder-, Schweißgeruch usw., jeder ist in seiner Art einzigartig, nicht, wie Töne und Farben, anderen besonders nahe. Daran mag es liegen, daß gerade das Wiederauftreten einer Geruchsempfindung so besonders geeignet ist, lange Erinnerungsketten mit visionärer Deutlichkeit wieder aufschießen zu lassen; so genügt z. B. der eigenartige Geruch frisch besprengten Sandes in einem Schulflure, um eine Serie von Zirkus-Manege-Erinnerungen zu beleben u. dgl. mehr. Auch der Umstand, daß der Geruchsinn ein beinahe rudimentärer Sinn der Menschen ist, darf hierbei nicht vernachlässigt werden. Zweifellos werden sehr oft Erinnerungen mit Geruchsempfindungen verknüpft,

ohne daß der Erlebende sich Rechenschaft darüber gibt. Gelegentlich einer kurzen Besprechung der „Feindschaftsgefühle im Kriege" habe ich betont, daß die Alltagsredensart, man „könne den und den nicht riechen", wohl häufiger, als allgemein angenommen, grobwörtlich genommen werden darf. Daher auch die große, entscheidende Bedeutung des Geruchseindruckes für das erotische Erleben; ihm hat Moll in seiner Osphresiologie der Liebe sorgfältige Würdigung geschenkt. Zur Illustration diene folgender Fall.

Ein 36jähriger Großkaufmann E. ist seit 3 Jahren verheiratet. Sein Libido war nie besonders groß, doch bestanden keine bewußten Unzulänglichkeiten des Sexuallebens. Im 2. Jahre der Ehe erkrankte die Frau des Patienten an Typhus. E., der sehr an ihr hing, widmete sich selbst der Pflege, die dadurch besonders schwierig wurde, daß die Frau tagelang benommen war und unter sich ließ. E. ließ es sich nicht nehmen, auch hier Hand anzulegen. Nach halbjähriger Krankheit und anschließendem Erhohlungsaufenthalt kehrte die 25jährige Frau blühend und gesund in ihr Heim zurück. Jetzt bemerkte E. zu seinem Schrecken, daß er völlig impotent geworden war. Körperliche Gründe für die Sexualstörung bestanden nicht; auch ein Haut- und Blasenspezialist erhob völlig regelrechten Organbefund. Seelisch fiel eine gewisse Stumpfheit ohne eigentliche Depression auf. E. gab nach einigen Besprechungen bereitwillig Auskunft; er fühle keinerlei bewußte Antipathie gegen seine Frau, die ihm sehr sympathisch sei. Nur komme er in keiner Weise mehr in erotische Stimmung. Er sei gern zärtlich mit ihr, aber eine eigentliche erotische Erregung stelle sich nicht ein, es komme in diesen Situationen gar nicht zu Erektionen, höchstens einmal morgens im Halbschlafe. Kleine Hausmittel der verschiedensten Art, auch hydrotherapeutische Maßnahmen, waren ohne Erfolg gewesen, ebenso der Rat, Alkohol zu nehmen, oder alles Sexuelle zu ignorieren, es werde sich von selbst wieder einstellen. E. war seit 7 Monaten völlig impotent. Bei seiner Schilderung fiel eine gewisse Neigung auf, über die kritische Zeit der Krankenpflege hinwegzugleiten. Er wurde nun angeleitet, sich passiv zu verhalten und die „freisteigenden Vorstellungen" zu beobachten. Hier entwickelte sich nach allerlei Alltagserinnerungen eine Serie von Bildern, aus der Krankenpflege, namentlich in der Zeit der Bewußtseinstrübung und Unsauberkeit. E. äußerte selbst, es falle ihm jetzt in der Erinnerung auf, wie unangenehm der Geruch des Stuhlgangs gewesen sei. Er habe an die Dinge gar nicht mehr gedacht, nur sei ihm aufgefallen, daß er selbst seit dieser Pflege

noch peinlicher in der Sauberkeit seiner Hände geworden sei; früher habe er auch immer sehr auf Reinlichkeit gehalten, jetzt lasse er sich dreimal in der Woche manikuren. Er sei immer sehr empfindlich und zu Ekel geneigt gewesen, aber er hänge sehr an seiner Frau und habe sich bei dieser Erkrankung besonders Gedanken gemacht, weil seine Frau sich auf einer Geschäftsreise infizierte, wo sie ihn auf seine besondere Bitte begleitet habe. Er war selbst im höchsten Grade erstaunt über die ihm ganz überraschenden Materialien aus seinem Unterbewußtsein. Während die erste solche Aussprache mit starker Erregung verlief, gaben die weiteren in ruhiger Form noch einige Ergänzungen. E. hatte inzwischen auf meinen Rat besondere Exzitationsversuche unterlassen. Nach 6 Wochen Behandlung gelang ihm zum ersten Male nach einer netten Gesellschaft und unter leichter Hemmungserschlaffung durch Alkohol ein normaler und befriedigender Verkehr, der anschließend in demselben Maße, wie früher, erfolgte. Es hatte sich um eine unterbewußte Ekelhemmung gehandelt, namentlich bedingt durch Geruchsempfindungen.

In diesem Zusammenhang sei auch an den Fall Flora M. erinnert, wo ein unterbewußtes Ekelerbrechen mit dem Geruche von Zwiebeln verknüpft war und Hypnopsychokatharsis zur Heilung führte (S. 111).

Die hohe Wertigkeit und meist geringe Beachtung der Geruchsempfindungen in der Erotik bedingt noch eine Sondergefahr für Onanisten, die der Psychotherapeut kennen muß; nicht selten stellen sich Onanisten unterbewußt so auf den Eigengeruch ihres Körpers und Lagers bei der Selbstbefriedigung ein, daß der Fremdgeruch eines anderen Menschen hemmend wirkt und so eine Potenzstörung resultiert. Ihre Beseitigung gelingt leicht, indem der Kranke angewiesen wird, beim Onanieren — dessen Sonderbehandlung hier nicht interessiert — ein stark parfümiertes Taschentuch vor das Gesicht zu nehmen und das so bekannte Parfüm dann bei dem weiblichen Partner anzuwenden; im übrigen kann selbstverständlich die Psychotherapie der Onanie, wie jede Psychotherapie nur eine solche des ganzen Menschen sein. Im hier besprochenen Zusammenhange ist die Masturbation nur von Bedeutung, weil sie hervorragend geeignet ist, zu irgendwelchen falschen Verknüpfungen, namentlich auch mit sonst ekelhaften Geruchs- und Geschmacksempfindungen, zu führen. Sind doch koprophile Neigungen jeder Art bei Psychopathen erstaunlich häufig. Als

Beispiel diene ein Fall, der in die Gruppe der „renifleurs“ nach Krafft-Ebing gehört.

Der 28jährige Literat F. sucht nervenärztliche Hilfe, da er seit Jahren zu eigentümlichen Gewohnheiten neigt. Wenn er nicht ganz sexuell ausgelebt ist, was ihm aus ästhetischen, moralischen und hygienischen Bedenken nicht immer möglich ist, so fühlt er nach 3—6 Tagen Enthaltsamkeit den unwiderstehlichen Impuls, sich in die Nähe von Frauenaborten zu verstecken und dort zu onanieren, wenn er hört, daß ein Weib uriniert. Schon der Geruch in der Nähe eines solchen Lokals exzitiert ihn in gestautem Zustande, während er bei normalem Sexualleben und auch nach der Masturbation Ekel empfindet und sein Verhalten nicht versteht. F. ist ein ausgesprochener Psychopath von großer Begabung, aber mit unzähligen Eigenarten, Dämmerzuständen, Wandertriebanfällen, periodischen Verstimmungen u. v. a. m. Die Behandlung wandte sich an ihn als ganzen Menschen und sozusagen nur als Nebenbefund ergab sich Lösung und Aufhebung der Störung, die ihn in meine Behandlung führte. F. war das älteste Kind und sexuell ungemein frühreif; bis zu seinem 6. Jahre teilte er das Schlafzimmer mit seinen Eltern. Hier war sein Bett lediglich durch eine spanische Wand von den Betten seiner Eltern getrennt. F. erinnerte sich aus früherer Kinderzeit der quälenden Neugier, die ihm die ehelichen Geheimnisse seiner Eltern einflößten. Er lag abends lange wach und lauschte angespannt hinüber. Besonders erregend war für ihn das morgendliche Aufstehen seiner Mutter, wobei sie sehr geräuschvoll das Nachtgeschirr benutzte. Mit etwa 10 Jahren fing F. an, sich selbst über die Hände zu urinieren, wobei er ohne Erektion ein eigenartiges Lustgefühl empfand. Mit 15 Jahren begann er regelrechten Verkehr, namentlich mit Prostituierten und blieb eine Zeitlang frei von auffälligen Sexualerscheinungen, bis in einer längeren Abstinenzzeit plötzlich die obenerwähnten Störungen auftraten. Sie traten nach Aufhellung der Psychogenese und Lösung der starken unterbewußten Fixierung an die Mutter fast völlig zurück, verloren jedenfalls gänzlich den eigentlich zwanghaften Charakter. Fälle solcher Art bekommt jeder Psychotherapeut ja in Fülle sehen, der vorstehende soll nur zeigen, wie eine Geruchsperversion durch Klärung der Psychogenese abzustellen ist.

Das weite Gebiet der „Sensibilität“ in klinischem Sinne, namentlich der Tast-, Gelenk- und Lageempfindungsstörungen, ist psychotherapeutisch besonders für die Unterstützung der Übungs-

behandlung bei organischen Nervenleiden von Bedeutung, namentlich für die Übungsbehandlung bei Tabes und multipler Sklerose. Hier kann bei richtiger Indikationsstellung die Hypnotherapie ganz Hervorragendes leisten. Am besten geht dies auch aus der Wiedergabe entsprechender Fälle hervor.

Der 39 jährige Kaufmann G. infizierte sich 1889 mit Lues. 1906 trat eine Hemiplegie und Ophthalmoplegie externa auf. G. wurde bald vollständig bettlägerig, so daß er beim Eintritt in meine Behandlung 1915 seit 9 Jahren das Bett nicht mehr verlassen hatte. Es bestand eine Tabes mitis mit nur mäßigen Blasenstörungen und hochgradiger hypotonischer Paraplegie mit ganz exzessiven Lage- und Gelenkempfindungsstörungen und Reste der oben erwähnten, autoritativ beobachteten Störungen. Blut- und Liquorbefund waren typisch. G. wurde energisch spezifisch behandelt. Parallel mit dieser somatischen Therapie wurde eine Übungsbehandlung, zunächst im Liegen, begonnen; doch hatte G. das Urteil über die Stellung seiner Unterextremitäten so weitgehend verloren, daß er selbst grobe Bewegungen im Kniegelenk falsch bezeichnete, obwohl keinerlei Demenz oder Psychopathie bestand. Um alle Übungsreserven mobil zu machen, wurde G. täglich hypnotisiert; bereits in der ersten Hypnose konnte er die passiven Bewegungen im Knie fast richtig melden. Versuchsfehler wurden durch genaues Ausschalten der Augenkontrolle ausgeschlossen. Einige Sitzungen später konnte G. auch die gröberen Exkursionen im Fußgelenke angeben. Natürlich handelt es sich nur um eine bessere Ausnutzung der vorhandenen Sensibilitätsreste durch Konzentrierung der Aufmerksamkeit. Anschließend an die hypnotischen Sitzungen wurde unter besserndem Einflusse posthypnotischer Suggestion im Wachzustande geübt und im Verlaufe einiger Wochen eine kompensatorische Übungstherapie im Wachzustande nach Otfried Förster durchgeführt, mit dem Erfolge, daß G. nach 3 Monaten sich im Hause wieder bewegen konnte.

Bei einem 38jähriger Kaufmanne H. mit dem Bilde spastischer Spinalparalyse, bei dem von verschiedenen Autoritäten bald mehr Lues, bald mehr multiple Sklerose angenommen wurde (Liquor auch mit Auswertung negativ), ließ sich durch hypnotische Übungstherapie mit anschließend posthypnotisch unterstützter Wachübungstherapie gleichfalls die Gehfähigkeit so erheblich steigern, daß der seit Jahren benutzte Rollstuhl in den Ruhestand versetzt wurde. Hier bestanden allerdings erhebliche nervös-funktionelle Komplikationen. Jedenfalls sind die rein psychotherapeutischen Be-

einflussungsmöglichkeiten bei solchen Zuständen keineswegs zu unterschätzen. Organempfindungsstörungen müssen bei manchen Fällen von Enuresis nocturna angenommen werden, die ich als „sensible" der halteschwachen „motorischen" Form gegenüberstellen möchte. Diese meist kindlichen oder jugendlichen Kranken verlieren ganz gelegentlich einmal bei Tage, sehr häufig aber nachts Urin, weil sie die Spannungsempfindungen nicht beachten. Hier leistet rationelle Hypnotherapie Vorzügliches. Der Kranke wird in ruhiger Weise eingeschläfert, dann eine Hand des Arztes auf die Blasengegend gelegt und mit immer neuformulierter, nachdrücklicher Suggestion die Aufmerksamkeit auf die Blase gelenkt. Insbesondere die Spannungs- und Druckgefühle werden hervorgehoben und das Bedürfnis, zu urinieren, dem Kranken immer eindringlicher eingegeben. Meist verlangen die Kranken schon in der ersten Sitzung nach dem Uringlas. Man läßt nun in hypnotisch-konzentriertem Zustande urinieren, führt dann die Hypnose weiter und gibt die energische Suggestion, daß nun selbst ganz geringe Spannungsempfindungen auch in tiefem Schlafe sofort zum Erwachen und Urinieren führen werden. Meist erzielen ein bis drei Sitzungen Dauererfolge.

Störende Gefühlsempfindungen, insbesondere Schmerzen enthalten, wie schon oben angeführt, meist reichlich subjektives Material, besonders Angst. Darum ist hier rationelle Wachpsychotherapie von enormem Einflusse (s. S. 143). Besondere Aufgaben stellen die Erwartungs-Angst-Schmerzen und die Nachschmerzen. Vielerlei neurotische und verwandte Anfälle kommen zu bestimmten Stunden, so daß der Eintritt der Zeit den Patienten schon halb krank macht. Ablenkung, in schweren Fällen hypnotische Forttäuschung über den gefährlichen Termin, sind hier sehr zu empfehlen. Oft scheint auch eine Fixierung von Schmerzerinnerungen möglich zu sein, im Gegensatz zum physiologischen Leben, wo es sogar bewußt und absichtlich schwierig ist, sich einen intensiven körperlichen Schmerz erinnernd vorzustellen. Namentlich Neuralgieleidende kommen nicht selten mit den heftigsten subjektiven Klagen, die zu ihrem Allgemeinzustand und Gesamtverhalten in erheblichem Widerspruche stehen. Hier leistet die primitiv-suggestive Hypnotherapie Ausgezeichnetes. Zweckmäßig wird dem Kranken erst eine Analgesie eines indifferenten Körperteils, z. B. einer Hand suggeriert und, wenn er diese Suggestion annimmt und gut realisiert, unter leichten „Strichen" die Schmerzempfindung beseitigt. Wie immer bei primitiver Hypnotherapie

erfordert es einige Gewandtheit und Erfahrung, solche Kranke abzuschütteln und selbständig zu machen, was je nach Lage des Falles kommandohaft oder belehrend oder diplomatisch geschehen muß. Oft ist bei verständigen Kranken die Demonstration rein psychischer Beeinflussungsmöglichkeit durch den hypnotischen Versuch von großem psychopädagogischen Werte, wie das bei der Darstellung der Hypnotherapie, z. B. der vesikalen Nachschmerzen, ausgeführt ist (s. o. S. 85).

Zahlreiche „Empfindungsstörungen" sind, wie einige der angeführten Alltagsbeispiele zeigen, keine echten, sondern „Scheinempfindungsstörungen", bei denen komplizierte Störungen nur als Empfindungsstörungen sozusagen an die Oberfläche treten; ganz besonders gilt dies für Magen-, Darm-, Herz- und Potenzstörungen, wie dies ja auch von seiten moderner Internisten, z. B. in Dreyfuß' Darstellung der nervösen Dyspepsie, gebührend hervorgehoben ist.

Wenn nun hier als zweite wesentlichste Seite die Störungen des Gegenstandsbewußtseins Vorstellungsstörungen in kurzen praktischen Beispielen allgemein bedeutsamer Art erörtert werden sollen, so muß nochmals betont werden, daß nur von „Vorstellungen" im engsten Sinne gesprochen werden soll. Eigentliche Gefühls-, Willens- und Denkstörungen, deren Mechanismus sich natürlich auch, und zwar bis zu einem gewissen Grade nur durch Heranziehung von „Vorstellungen" klären läßt, sollen hier nicht berührt werden, sondern lediglich reine Vorstellungsstörungen.

Das Fehlen von Vorstellungen kann angeboren sein; die psychologische Analyse hat längst klargestellt, daß die Art seelischen Erlebens des Merkens, Erkennens, Wiedererkennens usw. von Mensch zu Mensch sehr verschieden ist. Gesichtseindrücke überwiegen beim optischen, Gehörseindrücke beim akustischen, Bewegungseindrücke beim motorischen Typus; wenn nun auch ganz reine Typen Ausnahmen sind, so ist doch zweifellos, daß beim vorwiegend Optischen die Gehörseindrücke, beim vorwiegend Akustischen die Gesichtseindrücke usw. schwächer ausgebildet zu sein pflegen. Nicht selten führt erst eine besondere Situation den Laien auf diese Erkenntnis; er will sich z. B. in einer schwierigen Situation das Gesicht eines ihm wesentlichen Menschen ins Gedächtnis rufen, und bemerkt, daß ihm dies nicht gelingt. Solche Erfahrungen können bei Irritabelen Depressionen auslösen, namentlich die Besorgnis, irgendwie geistig abnorm zu sein. Wie nahe

ein solcher Irrtum liegt, zeigt ja besonders die Geschichte einer jetzt allgemein bekannten Erscheinung, der Synästhesien. Zahlreiche Menschen verbinden rein mechanisch mit einem Tone eine Farbe, so daß z. B. C-dur braun, E-dur rot, Fis-moll violett ist usw., oder bestimmte Wochentage, Namen oder Zahlen sind mit Farben oder Helligkeitsgraden verknüft. So empfand eine Versuchsperson 1—20 hell, 20—30 dunkel, 30—50 allmählich heller, 50 weiter dunkel; als zum ersten Male die Selbstbeobachtung eines Psychologen die allgemeine Aufmerksamkeit auf diese Dinge lenkte, wurde zunächst ernstlich diskutiert, ob es sich um etwas Krankhaftes handle, während jetzt die Erscheinung zum eisernen Bestand der Normalpsychologie gehört und durch zahlreiche Eigen- und Fremdbeobachtungen in ihrer Entstehung klargestellt ist; es handelt sich um mechanisch-assoziative Niederschläge des Einzellebens, die aber entsprechend der weitgehenden Überstimmung zahlreicher kindlicher und jugendlicher Entwicklungen viel Gemeinsamkeit zeigen.

Ein Ausbleiben von Vorstellungen kann, soweit ihm nicht grob organische Hirnstörungen zugrunde liegen, auf *Hemmung*, *Sperrung* oder *Verdrängung* beruhen. Während die Hemmung meist andere psychische Vorgänge mitbeteiligt und allgemein anzugehen ist — meist spielen Depressionsmomente eine Rolle — treten eigentliche Sperrungszustände nur bei Menschen bestimmter Veranlagung auf, bei deren Erörterung die Sperrung als Symptom herausfallen wird. Psychotherapeutisch von großer Bedeutung ist der von Freud in seiner Wichtigkeit erkannte Vorgang der Verdrängung. Nur darf dabei nicht übersehen werden, daß ein Ausbleiben von Vorstellungen auch ein rein mechanisches Vergessen sein kann, ja in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle sicher ein rein assoziativ-mechanischer Vorgang ist, der sich experimentell in weiten Grenzen bestimmen läßt; nicht bei jedem Vergessen muß eine unterbewußte Tendenz angenommen werden, soll nicht intuitiv geniales Verstehen zu leerem Schematismus erstarren. Beispiele von Verdrängungen finden sich im Kapitel Psychoanalyse (S. 103 ff.).

Während das Ausbleiben von Vorstellungen meist erst vom behandelnden Arzt festgestellt wird, kommen zahlreiche Kranke mit der Klage, bestimmte seelische Inhalte nicht los werden zu können; „obsedierende Vorstellungen" sind ungemein häufig. Auch hier geben ein paar Beispiele den besten Einblick.

Die 49jährige Kollegenfrau J. leidet seit Jahren an zahlreichen psychoneurotischen Beschwerden; somatisch bestehen die Erscheinungen einer paroxysmalen Tachykardie und auffälliger Erschöpfbarkeit ohne Zeichen grober innersekretorischen Störung, seelisch Neigung zu ängstlicher Verstimmung, Grübelsucht und Beziehungsideen, auffällige periodische Schlaf- und Stimmungsstörungen, enorme Reizbarkeit und gelegentlich pseudologe Anwandlungen. Frau J. ist ein fanatischer Selbstquäler und Opfermensch, der alle Pflichten haßt und darum exzentrisch genau und ingrimmig erfüllt, dafür aber auch dauernd von der gesamten Umgebung vollste Anerkennung verlangt und es schwer persönlich verübelt, wenn nicht fortwährend von ihr und ihren Leistungen die Rede ist. Neben einigen älteren Kindern besaß die Familie einen 4jährigen Nachkömmling, der als allgemeiner Verzug oft sehr lästig fiel. An dieses Kind knüpften nun sehr eigenartige obsedierende Vorstellungen. Einmal meinte die Mutter stets, das Kind müsse krank sein und umgab es mit einer grundverkehrten Affensorge, doch fiel ihr das selbst weniger auf. Ernstlich belästigte sie dagegen die obsedierende Vorstellung, es könne das Kind auf irgendeine mirakulöse Weise zu Schaden kommen. Saß das Kind z. B. in der Nähe eines Fensters, so hatte die Mutter dauernd die quälende Befürchtung, das Kind möchte auf das Fensterbrett steigen und aus dem Fenster stürzen. Spielte das Kind im Zimmer auf dem Fußboden, so wurde die Mutter die Befürchtung nicht los, es könne dem Ofen zu nahe kommen usw. Rationelle Wachpsychotherapie hatte nur ganz kurze Beruhigung zur Folge. Daher wurde die Kranke angeleitet, ihre Träume ein wenig zu beobachten, und schon nach wenigen Sitzungen brachte sie sehr wesentliches Material. Es träumte ihr, sie stehe auf dem Boden ihres Hauses am Fenster, nehme das heftig schreiende Kind und werfe es aus dem Fenster. Dabei fühlte sie keinerlei Schmerz oder peinliche Erregung, sondern nur ein Gefühl großer Erleichterung und Befriedigung. Erwachend stand sie dem Traume ohne jedes Verständnis gegenüber. Es gelang aber ohne suggestive Fälschung nachzuweisen, daß dieser Traum, ebenso wie sein Spiegelbild, die obsedierende Vorstellung inhaltlich identisch waren. Frau J. hatte sich nie eingestanden, wie unsagbar peinlich und lästig ihr, der Mutter erwachsener Kinder, der kleine Nachkömmling war, den ihre heftige Natur hin wünschte, wo der Pfeffer wächst. In fratzenhafter Überzärtlichkeit und Übersorge fristete diese Selbsttäuschung ihre Existenz. Die Kranke wurde

durch diesen Einblick in ihr eigenes Wesen erheblich beeinflußt und lernte sich korrigieren, da sie jetzt plötzlich das Unsinnige ihres Verhaltens objektiv sah.

Ein 34jähriger Kranker, K., Großkaufmann, zeigte in der Depressionsphase einer Zyklothymie starke Neigung zu obsedierenden Vorstellungen, die ihn ihrerseits wieder in der Befürchtung bestärkten, geisteskrank zu sein oder zu werden, eine Sorge, die ihm die ausgesprochene seelische Hemmung mit dem Ausbleiben von Gefühlen, Vorstellungen und Willensantrieben sowieso nahe legte. Psychotherapeutisch bestand darum vor allen Dingen die Aufgabe, ihn durch Klärung der Psychogenese seiner Obsessionen davon zu überzeugen, daß es sich nicht um die abstrusen Sinnlosigkeiten eines Geisteskranken, sondern um ein verstärktes, durch die allgemeine Hemmung bedingtes Haften an auch sonst bemerkenswerten Punkten handelt. Gleich bei der ersten Besprechung ließ sich eine solche Demonstration sehr gut durchführen. L. mußte zu seinem Bureau täglich an einem Hause vorübergehen, an dessen Vorgartengitter ein Arztschild hing. Beim Vorübergehen empfand nun L. stets die Nötigung, dies Schild zu berühren. Er war sich der Sinnlosigkeit bewußt, aber ein gewisses abergläubiges Grauen sagte ihm, daß er durch Unterlassung des Berührens zu Schaden kommen könne. So machte er oft einige Schritte später kehrt und vollzog die Berührung, um dann beruhigt weiter zu gehen. Das Schild selbst schien sonst bei L. wenig Interesse zu erwecken; er konnte nicht einmal genau angeben (der Vorfall spielte im Auslande), was auf dem Schilde stand; auch wußte er nicht, wer in dem Hause wohnte. Kurz, es schien eine völlig sinnlose Obsession vorzuliegen. „Ich bin eben ein Narr" schloß L. seine Schilderung. Er wurde nun angeleitet, sich ohne Kombination rein passiv auf die Vorstellung des Schildes einzustellen und das Auftreten von weiterem Material abzuwarten. L. wurde bei dieser Umstellung durch seine depressive Hemmung gestört, es gelang ihm erst nach mehreren Ansätzen, wobei zur Verdeutlichung einige Assoziationsversuche angestellt wurden (s. S. 124 f.), sich rein passiv einzustellen. Nach einer längeren Hemmungspause belebte sich nun plötzlich sein Gesichtsausdruck und er berichtete voller Erstaunen, es komme ihm eine ganz alte Erinnerung. Vorgarten und Schild glichen nämlich auffällig einem Vorgarten in der Stadt seiner Schülerzeit und das Haus, vor dem sie sich befanden, spielte die bemerkenswerte Rolle im Leben K.'s, daß er hier als Sekundaner zum ersten Male Geschlechtsverkehr hatte. Nun war auch für den

Kranken klar, wieso seine Hemmungshaftung gerade an diesem Schild hängen blieb und er erkannte zum ersten Male den in der erschreckenden Sinnlosigkeit seiner Beschwerden verständlichen Zusammenhang.

Erinnern möchte ich hier auch an den von mir anderen Ortes mitgeteilten Fall K.*). Es handelte sich um einen Arbeiter, der ohne ihm verständlichen Grund plötzlich an der schwer quälenden Vorstellung erkrankte, er müsse mit dem Messer auf seine Mutter, mit dem Hammer auf seinen Vater losgehen. Ks. Erregung war so erheblich, daß in seiner Häuslichkeit sämtliche Messer entfernt werden mußten, wenn er nach Hause kam. In wochenlangen, vorwiegend in leichter Hypnose, also psychokathartisch durchgeführten Sitzungen ließ sich ohne irgendwelche suggestive Fälschung herausarbeiten, daß die Obsessionen akut auftraten, als K. sich eine große Liebe „aus dem Sinn schlagen" wollte. Als Psychopath ging er nicht den echten Willensweg, sondern *verdrängte*, und das verdrängte Material behelligte ihn dann in der fratzenhaften Gestalt seiner Obsessionen. So erreichte, wie ich es damals formulierte, hier die Psychokatharsie, daß der Kranke nicht mehr unheimlichen Gespenstern seiner eigenen Psyche gegenüberstand, sondern, wenn auch schwierigen, so doch normalen allgemein menschlichen Konflikten; er gelangte, wenn ich so sagen darf, durch Arbeit an sich selbst zur Arbeit an seinem Leben, und allein diese Rückführung darf als erhebliche allgemeine psychotherapeutische Leistung nicht unterschätzt werden. Die näheren Protokolle finden sich in meiner Mitteilung.

Abschließend möchte ich auf eine Erscheinung kurz hinweisen, deren meines Wissens sonst noch nicht Erwähnung geschehen ist. Sie wird am besten als Vorstellungsentstellung bezeichnet. Kranke, die daran leiden, können sich kein Gesicht, keine Landschaft, kein Bild vorstellen, ohne das Objekt in irgendeiner Richtung zu verzerren. Diese Tendenz zur Verhäßlichung des eigenen seelischen Besitzes ist eine ebenso eigenartige wie quälende Erscheinung; meist handelt es sich um chronisch leicht depressive Menschen mit familiär depressiver Belastung. Die entsprechende Bearbeitung des Materiales verläuft völlig unbewußt, so daß der Erlebende vor den Mißgestalten seines eigenen Phantasielebens Schrecken und Ekel empfindet; die Störung ist ungemein hartnäckig und nur von der Affektseite anzufassen. Lipps ist von

*) Fragment einer Psychoanalyse. Zeitschrift f. angew. Psychologie 1910.

allgemeinen Erwägungen aus einer verwandten Fassung nahegekommen, wenn er bei seiner Psychologie der Strebungsarten ausdrücklich feststellt: Es besteht eine gewisse Geneigtheit, nach dem zu streben, was unserer Natur zuwiderläuft, was einem Bedürfnis der gesunden Natur widerstreitet. Dasselbe wird schließlich zu einem Drange nach dem ausgesprochenen Krankhaften, dem Quälerischen, dem Perversen.

9. Affektive Störungen.

Als „affektive Störungen" sollen die Störungen des Gefühlslebens bezeichnet werden, wie sie in den einleitenden Bemerkungen namentlich den Empfindungserlebnissen gegenüber abgegrenzt wurden. Es darf nochmals betont werden, daß es sich nur um Gefühlserlebnisse im engsten Sinn handelt; unbestimmte Wahrnehmungen, etwa das „Gefühl", als stände jemand hinter uns, undifferenzierte Urteilsvorgänge, etwa das „Gefühl", daß die Berechnung nicht stimmt oder im Sinn von „Bekanntheitsgefühlen", die ein Erlebnis begleiten und zum Persönlichkeitseigentum machen, alle diese halbentwickelten und höchstkomplexen seelischen Erscheinungen sollen hier nicht berücksichtigt werden. Dafür mag lieber die Grenze zum Triebhaften etwas weniger streng gezogen werden, obwohl die Trieberlebnisse bereits viel primitiv Willensmäßiges enthalten.

Psychotherapeutisch ist vor allen Dingen die Selbstverständlichkeit zu betonen, daß nicht etwa seelische Normalität mit gering entwickelter Affektivität gleichbedeutend ist, obwohl in zahlreichen Darstellungen mehr oder minder bewußt als „Normalmensch" ein stoisch-ataraktisches Ideal vorgeschoben wird. Im Gegenteil. Der Psychotherapeut wird sich gerade in seiner individual-psychologischen Arbeit, die so oft an Pädagogik grenzt, sehr leicht täglich überzeugen können, daß eine voll entwickelte Affektivität (Bleuler) unerläßliche Vorbedingung seelischer Gesundheit ist. Als psychotherapeutisch wesentlichster Anteil der Affektivität trennen sich zunächst Triebhaftes und eigentlich Affektives. Im Bereiche des Triebhaften beschäftigen den Psychotherapeuten am häufigsten die einfachsten Funktionen: Nahrungs- und Fortpflanzungstrieb. Sie geben ihre Störungen meist so offenkundig kund, z. B. in Form von sogenannten nervösen Dyspepsien, daß die Angriffsrichtung ohne weiteres gegeben ist. Verschleierter zeigt sich allerdings gelegentlich die Sexualität, obwohl bei einiger psychotherapeutischer Erfahrung meist ein richtiges Urteil zustande

kommt. Noch weniger handgreiflich, wenn der Ausdruck erlaubt ist, dokumentieren sich Triebstörungen anderer, psychotherapeutisch höchst wesentlicher Art. Die triebmäßige Selbstbehauptung, gern von Psychotherapeuten mit Nietzsche als „Willen zur Macht" bezeichnet, muß erkannt sein; eine ihrer häufigsten normalen Äußerungen ist im „menschlichen Widerspruchsgeist" bereits erwähnt. Ferner muß der Psychotherapeut auf Störungen des Herdentriebes achten, der normalerweise als unüberwindliche Scheu „anders" zu sein oder überwältigende Angst „allein" zu sein, in leichten Andeutungen als eine bestimmte Form von Langeweile von eminenter Bedeutung ist. Zahlreicher eigenartiger triebhafter Störungen wegen werden Kranke direkt dem Arzte zugeführt; es braucht nur an das lange, zum großen Teil obsolute Register der „Manien" erinnert zu werden, wie etwa Stehltrieb, Brandtrieb und Wandertrieb. Diese komplizierteren und stark mit Momenten anscheinend rein voluntärer Art durchsetzten Reaktionsanomalien sollen hier nicht mehr Platz finden, obwohl selbstverständlich bei ihrer Entwicklung und Auswirkung sehr häufig affektive Momente stark beteiligt sind. Doch wird hier geeignetenfalls der Affekt zum Motiv, während der Gesamtablauf nicht mehr der Affektivität eingerechnet werden kann. Die vorher genannten primitiven Triebhaftigkeiten dagegen erscheinen als überwiegend affektives Gebilde und finden darum hier Erwähnung. Im Bereiche des eigentlich Affektiven beschäftigen den Psychotherapeuten konstitutionelle Dauereigenheiten, die bald mehr latent, im Sinne von Dispositionen vorhanden, bald dauernd nachweisbar sind und nahe Beziehungen zum Temperamente des Menschen haben, ferner affektive Zustände von einiger Dauer und meist mäßiger Intensität („Stimmungen"); ferner kurzlebigere, oft sehr intensive Schwankungen (Emotionen) und beständigere, verlaufsmäßig abklingende stark erschütternde Erlebnisse (eigentlich „Affekte"), wobei die beiden letzteren dem Arzte besonders durch die ausgesprochene, intensive Beeinflussung der körperlichen Zustände auffallen, indem Kreislauf Motilität, Sekretion usw. mit den weitgehendsten Begleiterscheinungen Emotionen und Affekte wiederspiegeln, ferner drittens affektive Entwicklungen, die nur aus dem Persönlichkeitswachstum verständlich sind, äußerlich aber eine der vorstehenden Formen tragen können, also als einfache Stimmungen, Emotionen oder Affekte imponieren, ehe ihre wahre Eigenheit klar ist, und endlich Pseudoaffekte, d. h. Reaktionen, die völlig Affekten gleich, aber rein körperliche Ursache haben,

so die Angst Herzkranker, die Verstimmung Epileptischer oder sonst Geisteskranker, die Euphorie Morphiumvergifteter usw.

Psychotherapeutisch von außerordentlicher Bedeutung ist die Trennung primärer und sekundärer affektiver Erscheinungen, wobei unter „primären" solche zu verstehen sind, die unmittelbar aus dem regelrechten Ablaufe innerseelischen Geschehens entspringen, während „sekundäre" an irgendwelche anderweitige psychische Veränderungen, z. B. Störungen der Willens- oder Denkfunktionen, anschließen; „sekundär" sind auch im ausgesprochenstem Maße die Pseudoaffekte auf körperlicher Grundlage. Mit dieser Scheidung berührt sich eine andere; für die Behandlung affektiver Störungen ist es grundlegend wichtig, festzustellen, ob sie „reaktiv" oder „endogen" sind. „Reaktive" affektive Störungen schließen in meist einfühlbar verständlicher Weise an Erlebnisse an; sie haben in der starken Gemütserschütterung des Alltages ihr Paradigma, während „endogene" affektive Störungen aus den Eigentiefen der Psyche aufsteigen. Während die letzteren immer „primär" sind, können reaktive affektive Störungen sowohl primär, als sekundär sich entwickeln, indem z. B. an einen Schreck quälende Sorgen etwaiger Folgen anschließen.

Die Eignung zu affektiven Störungen von psychotherapeutisch praktischem Interesse ist meist eine ausgesprochene Konstitutionelle. Der Mehrzahl solcher Klienten haftet eine gewisse besondere Zartheit an, die bei männlichen Kranken einen femininen Eindruck macht. Frank hat direkt die Krankheitsgruppe der Psychoneurotiker, der die meisten solchen Fälle angehören, in gewissem Sinne als „Künstlernaturen" bezeichnet. In der Tat sind es meist hochdifferenzierte Menschen, wobei auch die Gabe solcher Naturen, sich selbst zu beobachten und das Beobachtete anschaulich wiederzugeben, von Bedeutung ist. Während viele schon in der Kindheit eine auffällige Ansprechbarkeit des affektiven Lebens zeigen, führt andere erst ein sehr bewegtes Leben zur Differenzierung, die eben durch affektive Entwicklungen erreicht wird. Die Kranken sind sich ihrer Eigenart meist halb schmerzlich, halb stolz bewußt; sie haben „1000 Nerven zu viel", wie eine meiner Patientinnen sagte. Während diese leichteren Fälle affektiver Übererregbarkeit ungemein häufig in der Sprechstundenpraxis zu sehen sind, kommen die leicht affektiv Unterbegabten ärztlich nur durch Komplikationen zu Gesicht. Fälschlich wird darum oft behauptet, daß lediglich moralische und sexuelle Affektausfälle so häufig seien; sie führen nur zu den

erheblichsten Konsequenzen, da sie die Interessen Dritter gefährden. Wer im Alltagsleben gewohnt ist zu beobachten, wird sich leicht überzeugen können, daß Teildefekte mäßigen Grades auf sämtlichen affektiven Gebieten ungemein häufig sind. Fehlende Fähigkeit der Andacht, der Ehrfurcht, des Ekels, der Ergriffenheit, des Hasses und von anderen mehr sind im Alltage häufig zu beobachten. Nur kommen Menschen mit solchen Deffekten nicht oft zur Einsicht ihres Mangels oder, wenn es schon der Fall ist, scheint es ihnen — meist mit Recht — sinnlos, einen Arzt darum zu befragen. Am ehesten kommen noch Kinder und Jugendliche mit solchen leichten Defekten in ärztliche Beobachtung; bei ihnen erschwert aber die so oft zeitlich verschobene Entwicklung das Urteil. Nur bei Erwachsenen ist ein einigermaßen zutreffendes Urteil über die Entwicklung der „impressiven Seite der einzeitigen Bewußtheit" möglich und die Beobachtung des Alltages muß die Mängel der ärztlichen Auslese ergänzen.

Das Problem der affektiven Differenzierung berührt sich nahe mit Freuds Anschauung von der „Sublimierung" der Affekte. Für Freud ist die Affektivität einesteils identisch mit größtenteils unbewußter Sexualität und diese unbewußte Libido stellt er wieder stark psychodynamisch, sozusagen als Energiezentrale, dar. Die Kräfte und Spannungen erkannter, aber aus berechtigten Hemmungen nicht entladener, nicht „abreagierter" Libido sollen nach ihm als Kraftquelle für andere seelische Leistungen höherer Ordnung, der Arbeit, der Kunst usw. frei gemacht werden. Wie alle Thesen Freuds trifft auch diese nur für einen bestimmten Menschentypus zu. Die nahen Beziehungen religiöser Ekstase und asketischer Lebensführung, der Abstinenzzwang im sportlichen Strengtraining, um nur einige Alltäglichkeiten zu nennen, lassen gelegentlich eine solche Auffassung berechtigt erscheinen. Aber es heißt der psychologischen Beobachtung Gewalt antun, wenn nun der These zu Liebe bei jedem „Neurotiker" ein elementar wildes Triebleben herausgearbeitet wird; wie auf allen Lebensgebieten, so herrscht auch hier unerschöpfliche Mannigfaltigkeit. Während affektiv stark veranlagte und triebkräftige Neurotiker die Freudschen Sublimierungskämpfe durchlaufen, blühen zarter begabte zu Übersensibelen, oft Lebenswunden heran, lediglich, weil die Lebensdurchschnittsbelastung ihnen zu schwer ist. Sie „differenzieren" sich, während jene, denen oft ein dämonischer Zug eignet, in der „Sublimierung" wenigsten einen Weg zur Differenziertheit offen haben, wenn es nicht gelingt, ihre freien Kräfte indirekt

psychotherapeutisch, z. B. durch eine Art von Zwangsarbeit, zu binden. Jedenfalls ist das Verhältnis der — hypothetischen! — Affektenergie zum Persönlichkeitsganzen in keiner Weise so schematisch, wie Freud will, und es darf nie vergessen werden, daß die energetische Darstellung der Affekte ein Vergleich ist, der teils im Eigenleben, geringenteils in Fremdbeobachtung seine Grundlage hat. Dadurch bleibt Freuds Verdienst unangetastet, auf die Bedeutung der Triebbildungsfähigkeit für die Persönlichkeitsbeurteilung nachdrücklich hingewiesen zu haben.

In die Psychotherapie der affektiven Störungen führen am besten einige Beispiele ein. Sie sollen nach dem praktischen Gesichtspunkt geordnet werden, welche affektiven Störungen am meisten arztbedürftig sind. Danach ergeben sich zunächst normale aber nach Art und Dauer übermäßige Reaktionen, dann subjektiv quälende, endlich solche, die psychologisch oder sozial-hygienisch zu Verwicklungen führen.

Das Prototyp einer an und für sich „physiologischen", aber maßlosen affektiven Funktion bilden die Shockneurosen. Sie sind sowohl nach augenblicklichem Reaktionsausmaß („Affektamplitude") als nach Nachwirkung (Sekundärfunktion" Groos) abnorm heftig und haben namentlich durch die Erfahrungen des Weltkrieges allgemeine Aufmerksamkeit erregt, ohne daß sie dem Facharzte neues gebracht hätten. Trotzdem hat sich eine umfangreiche Literatur über die Therapie dieser Zustände entwickelt, an der nur der eine Umstand erfreulich ist, daß endlich einmal in weiteren Kreisen etwas mehr Verständnis für die therapeutische Dankbarkeit dieser Fälle erwachsen und das Urteil darüber geklärt ist, welche grobe Fahrlässigkeit darin liegt, solche Kranke mit ganz unangebrachten Finessen somatisch-neurologischer Untersuchung zu molestieren und sie dann links liegen zu lassen. Die leider bisher den meisten Ärzten so überraschenden Erfolge einer sachgemäßen Psychotherapie solcher Fälle sind jedem Sachverständigen seit dem Zeitalter des Mesmerismus und der Hypnose geläufig, wurden ja aber von der überwiegenden Mehrzahl der Kollegen ignoriert oder gar bestritten. Nicht umsonst habe ich in meinem 1911 abgeschlossenen Beitrag zum Vogtschen Handbuch der Therapie der Nervenkrankheiten im Abschnitte „Hypnotherapie" einen Schulfall frisch kupierter sogenannter „traumatischer Neurose" angeführt, der hier auch nochmals Platz finden möge. Jeden einzelnen psychotherapeutischen Trick mit einem Autornamen und dem Ornate einer „Methode" zu behängen, liegt natür-

lich keinerlei Grund vor. Gute Internisten und Psychiater haben seit Jahrzehnten tausende von solchen Behandlungen als Selbstverständlichkeit im täglichen Betriebe erledigt.

Der 29jährige Arbeiter A. erlitt am 15. Jan. 1906 dadurch einen Unfall, daß in seinem Arbeitsraume ein Dampfkessel explodierte. A. wurde nicht verletzt, sprang aber hastig beiseite und schlug dabei mit dem rechten Knie an den Türrahmen. Er erlebte den Unfall völlig klar, empfand nachher starkes Herzklopfen und sah sehr blaß aus. Am Beine hatte er nur geringe Schmerzen, angeblich war das Knie abends etwas blau. Im Verlaufe der nächsten Woche bemerkte A. eine zunehmende Schwäche im ganzen Beine; er fing an, beim Gehen zu schonen und machte nun Unfallsansprüche geltend. Als ich A. am 6. April 1906 untersuchte; bestand eine ganz leichte Inaktivitätsatrophie, sonst regelrechter Befund in neurologischer Hinsicht. Das Kniegelenk war von autoritativer Seite klinisch und röntgologisch normal befunden. A. bot in seinem Allgemeinzustande die Zeichen erhöhter Reizbarkeit und beginnender traumatischer Verbissenheit. Jede wachpsychotherapeutische Aufklärung lehnte er völlig ab. Er habe die Beschwerden und dies seit dem Unfall usw. Auch Elektrosuggestion blieb ohne Erfolg. A. wird hierauf im halbverdunkelten Zimmer nach kurzem Fixieren verbal eingeschläfert und die Hypnose intermittierend vertieft. Er wird ziemlich schnell somnambul und nimmt in diesem Zustande alle Suggestionen glatt an, bewegt namentlich das Bein mit voller Kraft und Exaktheit. Nach 10 Minuten hypnotischen Übens erhält er 20 Minuten Nachschlaf und die energische posthypnotische Suggestion, nun im anschließenden Wachzustande genau so zu bewegen. A. wacht zum Termin spontan auf und geht völlig frei. Er zog den Rentenantrag zurück und blieb bis 1908, wo ich ihn katamnetisch nachuntersuchte, völlig arbeitsfähig und gesund.

Wie energisch gelegentlich der Kampf bei Rezidiven protrahierter Schreckreaktionen geführt werden muß, lehrt das folgende Beispiel. Der 28jährige polnische Landarbeiter B. stammt aus angeblich gesunder Familie, hat regelrecht die Schule absolviert und in gleichmäßiger Landarbeit bei freier Station 20—30 M. verdient. Er hat mit den Gerichten nichts zu tun gehabt und keine wesentlichen Erkrankungen durchgemacht. B. wurde 1916 Soldat und machte im Sept. 1916 im Anschluß an Verschüttung eine protrahierte Schreckreaktion durch, die in groben Zitter- und Schüttelerscheinungen des Kopfes und der Arme bestand. Diese verschwanden in 10wöchentlicher Lazarettbehandlung. B. wurde beim Ersatztruppenteil verwandt

und kam im Febr. 1917 wieder ins Feld, wo er als Kanonier bis März 1918 Dienst tat. Im Anschluß an eine Grippe traten wieder heftige Zittererscheinungen auf, die zur Lazarettaufnahme führten. Als „Nervenshock"erkrankter wurde B. der Fachstation überwiesen. B. ist ein kleiner, mittelkräftiger Mensch, der auffallend stark schwitzt, glänzende Augen hat und stark degenerativ aussieht. Der Kopf wackelt etwa 5 mal pro Sekunde horizontal, schüttelnd hin und her. Wie bei Rückfallskranken dieser Art meist, genügt ein scharfer Verweis und passive Bewegungsgymnastik nicht, um das Wackeln abzustellen. Zu Hypnoseversuchen ist B. zu ablehnend, es hätte unverhältnismäßig viel Zeit gekostet, ihn hypnotisch zu behandeln. Er wird ins elektrische Behandlungszimmer genommen, fängt hier sogleich laut an zu schimpfen, er ließe sich nicht quälen usw. B. muß mit Hilfe vom Personal herangebracht werden und wird vom Arzte an den Faradisationsapparat gesetzt. Hierbei widerstrebt er mit Händen und Füßen so energisch, daß er, vom Arzte plötzlich losgelassen, durch das ganze Zimmer fliegt und zu Boden stürzt. Er wird streng ermahnt und vom Personal fixiert. Hierauf wird durch energische Akzessoriusfaradisierung der Kopf nach der Seite festgestellt und die Seitenwendung mit elektrischer Hilfe, sowie das in die Mitte nehmen des Kopfes nach Stromunterbrechung mit Zählen und Kommando geübt. B. ist nach 5 Minuten völlig zitterfrei und schon am nächsten Tage ein williger, fleißiger, ruhiger Patient, der sachgemäßer Allgemeinpsychotherapie überlassen werden kann. Sie bestand in Beschäftigung körperlicher und geistiger Art.

Bei frischen Fällen der Art genügt meist eine kurze Belehrung und wachsuggestive Beeinflussung, um die Erscheinungen verschwinden zu lassen, besonders wenn die Klagen und Beschwerden der Kranken in der Umgebung kein Echo finden; daher hat ja auch die organische Entwicklung der Kriegsfürsorge zu zahlreichen entsprechenden Sondereinrichtungen geführt, deren Tätigkeit in vorbildlicher Weise Liebermeister (Behandlung der Kriegsneurosen, Marhold, Halle 1917) speziell dargestellt hat. Namentlich ist es zu begrüßen, daß Liebermeister im Gegensatze zu zahlreichen unkritischen Enthusiasten energisch betont, wie nur eine vielseitige allgemeine Psychotherapie wirklich zu Erfolgen führt und wie grundfalsch jedes schematische Arbeiten ist.

Sehr schwierige Aufgaben stellt die Behandlung überstarker Affektreaktionen in der Privatpraxis, namentlich, da der Arzt in der Mehrzahl der Fälle übermächtige Lebensschädigungen gegen

sich hat. Wie auch in solchen Fällen etwas geleistet werden kann, zeigt ein weiteres Beispiel.

Frau C., 38jährig, ist seit 14 Jahren glücklich, aber kinderlos mit einem nun 52jährigen gebildeten und sensiblen Manne verheiratet, der sie auf Händen trug. Er ist eine Künstlernatur, weich, impulsiv, beeinflußbar, sie ein wenig altjüngferlich und theatralisch. Frau C. betritt das Sprechzimmer und sitzt dem Arzte erst einige Augenblicke schweigend gegenüber. Auf die Frage, womit ihr gedient sei, wirft sie sich schluchzend vor dem Arzte zu Boden und birgt ihr elegant frisiertes Haupt auf seinen Knien. Sie wird vorsichtig wieder zum Sitzen genötigt und schüttet nun ihr Herz aus. Ihr Mann, für sie der Mittelpunkt der Welt, hat während einer längeren Reise der Kranken mit dem koketten Stubenmädchen angebändelt und soll der Vater eines vor 6 Wochen geborenen Kindes sein. Der bekannte „Zufall" spielt der Kranken beweisende Briefe in die Hand, außerdem ist ihr nun plötzlich klar, warum ihr Gatte ihr gegenüber weniger warm und zärtlich ist und nicht mehr wie sonst, beliebige Toilettengeldansprüche liebenswürdig unterstützt, sondern zeitweise Schwierigkeiten machte. Einige Aussprachen haben zu dem Resultat geführt, daß die Schlafzimmergemeinschaft aufgehoben wurde. Frau C. liegt nun nachts viele Stunden wach; ihre Phantasie beschäftigt sich zwangsweise mit genauer Ausmalung erotischer Szenen zwischen ihrem Manne und dem Mädchen, ihre Stimmung schwankt von exzentrischer Lustigkeit zur Verzweiflung, sie hat drei Selbstmordversuche gemacht, darunter einen ernsthaften mit 10 g Veronal. All das wird schluchzend vorgebracht. Frau C. macht den Eindruck einer alten, vernichteten Frau. Psychotherapeutisch wurde zunächst die gestörte Nachtruhe suggestiv verbessert und versucht, dem zwanghaften und selbstquälerischen Ausmalen erotischer Szenen entgegenzuarbeiten. Daneben wurde wachpsychotherapeutisch die Affektlage geklärt. Hierbei ließ sich schon nach einigen Sitzungen feststellen, daß Frau C. weniger auf ihren Mann feindlich eifersüchtig eingestellt war, als darunter litt, daß ein anderes Weib von ihrem Manne Mutterfreuden erlebte und damit ihren Mann „glücklicher" machte. Auch das Gefühl, nun zu den „alten" Frauen gestellt zu sein, spielte eine wesentliche Rolle, endlich auch der Umstand, daß Frau C. selbst in den ersten Jahren Mutterfreuden erwartet hatte, die sich aus äußeren Gründen nicht erfüllten. Wenn auch diese Klarstellungen und die Gelegenheit zu ruhiger Aussprache ein wenig dazu beitrugen, die Kranke zu beruhigen, so blieb ihr Zustand doch noch

sehr schlecht. Namentlich kam Herr C. häufig hilfesuchend, da seine Frau ihm trotz aller üblichen Versprechungen durch dauerndes Spionieren und enorme Szenen das Leben zur Hölle machte, obwohl er nach ihrer und seiner Aussage sein möglichstes tat, um den häuslichen Frieden wieder herzustellen. Zeitweise gelang es immerhin suggestiv durch psychische Orthopädie einen leidlichen Zustand herzustellen, doch vermochte die erregbare, exzentrische und ungemein verwöhnte Frau nur sehr schwer, sich mit der veränderten Lebenslage abzufinden und blieb affektiv enorm labil. Während so ärztlich versucht wurde, sie tragfähig für den Zusammenbruch ihrer Lebenslüge zu machen, wurde diese Arbeit plötzlich durch eine Schicksalswendung überflüssig. Frau C. blieb aus der Behandlung fort, ihr Gatte kam noch etliche Male, um seine Zufriedenheit mit dem Resultate auszusprechen, da die Kranke nun wieder durchaus geordnet und verständig war. Erst nach einem Vierteljahr erschien sie selbst wieder, elegant, jugendlich und vergnügt, um sich für die früheren Bemühungen zu bedanken. Bei dieser Aussprache löste sich auch das Rätsel ihrer plötzlichen Besserung: sie hatte sich nahe an einen sympathischen jüngeren Herren angeschlossen und mit ihm wieder aufgebaut, was ihr das Schicksal an anderer Stelle zerschlagen hatte.

In anderen ähnlichen Fällen erwächst nach Beruhigung der ersten Affektstürme die oft unlösliche Aufgabe, nach irgend einer Richtung klare Verhältnisse und neuen Lebensinhalt zu schaffen, wobei eine charakterologische Bereinigung namentlich hinsichtlich unbewußter Einstellungen und Fixierungen von Vorteil ist, die sehr wesentlich dazu beitragen kann, die Anpassung an neue Lebensverhältnisse zu erleichtern. Namentlich bei unerzogenen und verwöhnten Frauen ist eine absolut infantile und völlig realitätsfremde Einstellung zum Leben erschreckend häufig, die nur unter günstigen Lebensbedingungen und unter dem Deckmantel gesellschaftlichen Schliffes vielfach latent bleibt, aber bei irgendeiner Schicksalsbelastung in krassester Weise hervortritt. Indirekt ist sie oft an der pädagogischen Hilflosigkeit und Torheit solcher Frauen ihren Kindern gegenüber erkennbar.

Die angeführten einfachen Alltagsbeispiele lassen eine Reihe Gesichtspunkte deutlich hervortreten. Ganz besonders ist die affektive Einengung psychotherapeutisch von größter Bedeutung. Lipps formuliert ihren Mechanismus so, daß der Affekt gleichsam „die Seele rings um sich her hypnotisiert", die Sprache des Alltags redet von „blindem Haß", von „toller" Leidenschaft; alle diese Wen-

dungen meinen dasselbe. Der ausgesprochene Affekt ändert die Persönlichkeit in tiefgreifendster Weise, so daß die eigenartigsten Urteile, Entschlüsse, Hemmungen usw. zustande kommen. Die Durchbrechung der affektiven Einengung ist stets die erste therapeutische Aufgabe. Sie kann auf verschiedene Weise gelöst werden, von denen die prinzipiell wichtigsten hier kurz erwähnt werden mögen. Die affektive Einengung, besonders wenn sie Folge einmaliger starker affektiver Beeinflussung ist, kann reaffektiv, d. h. durch Gegenshock durchbrochen werden, wie z. B. in dem erwähnten Falle B. In anderen Fällen, namentlich bei Kindern und intellektuell Minderwertigen genügt ein energisches Zurechtweisen und Drohen. Solches Vorgehen kann auch bei der psychogenen „Auslösung" von durchaus somatisch funktionierenden Zuständen Erfolg haben, z. B. bei dem sicher nicht rein „hysterischen" echten Asthma bronchiale, wie der folgende Fall lehrt.

Der 9jährige Schüler von D. hat in den frühen Kinderjahren an ausgedehnten Ekzemen gelitten und stets zu Bronchitiden geneigt. Seit seinem 6. Lebensjahre haben sich Anfälle von echtem Asthma bronchiale eingestellt. Die körperliche Untersuchung ergibt leichtes Emphysem, Zeichen chronischer leichter Bronchitis, geringe, familiäre Kropfbildung, Glanzauge, Neigung zu Tachykardie und asthenischen Habitus. Seelisch besteht erhebliche Erregbarkeit, mäßige intellektuelle Entwicklung und allerlei Zeichen leichter Degeneration. Der 9jährige Knabe beherrscht durch sein Leiden die Familie völlig, namentlich alarmiert er stets die sehr leicht erregbare Mutter, die dann nachts stundenlang bei ihm bleibt. Die Behandlung bestand in allgemein diätetisch-roborierenden Verordnungen und einer energischen Psychotherapie. Es wurde vor dem kleinen Kranken allen Angehörigen streng verboten, sich irgendwie um die Anfälle zu kümmern und dem Patienten selbst nachdrücklich eröffnet, daß er beim nächsten Anfall von den Angehörigen fort in eine Klinik zu einem sehr strengen Arzte kommen werde. Die Anfälle blieben nach diesem „Verbote" gänzlich fort, da die affektive Angst-Zärtlichkeits-Einengung durchbrochen war.

Ein weiterer Weg ist die Ablenkung; sie ist meistens z. B. bei den erfolgreichen Behandlungen von Schreck-Bewegungsstörungen etwa mit passiver Gymnastik das Entscheidende. Ferner spielen Ablenkung und Gewöhnung eine wesentliche Rolle bei dem „Erledigen", dem „Abreagieren" der gestauten Affekte in der

psychokathartischen Behandlung. Vielfach ist auch ein rein aufklärendes Vorgehen von Erfolg, wobei die Kranken oft zu ihrem eigenen Erstaunen plötzlich einsichtig werden, so daß es ihnen „wie Schuppen von den Augen fällt". Es sei hier an den Fall wachpsychotherapeutisch geheilter Unfallneurose bei einem oberschlesischen Arbeiter erinnert, der oben (S. 155) erwähnt wurde.

Selbstverständlich begreift ein solches Aufklären auch befehls- und suggestionsmäßige Faktoren in sich; es wird nur in den seltensten Fällen ein psychologisch reines Analysieren und Klären sein. Für die rein suggestive Kupierung sei auf den Fall A. hingewiesen.

Die Mehrzahl der Shockreaktionen, die arztbedürftig werden, zeigt noch ein weiteres wesentliches Moment. Es handelt sich um Menschen, die dispositionell oder okkasionell zu verstärkter Nachdauer von Affekten neigen, bei denen die affektiven Vorgänge eine verstärkte Sekundärfunktion besitzen. Sie führt zu einer Mechanisierung und Konservierung der affektiven Reaktion, so daß eine gewisse Gefühlsstarre des Innenlebens und eine Fähigkeit zu beliebiger Produktion der affektiven Reaktion besteht. Dasselbe Ergebnis, nämlich das unkorrigierte und oft für den Erlebenden unkorrigierbare Fortbestehen affektiver Reaktionen oder enorm erhöhter Eignung zu solchen Erscheinungen, können noch zahlreiche andere Mechanismen liefern. Besonders scheinen dispositionelle oder okkasionelle Sprengungen des seelischen Zusammenhanges zur Konservierung der zuerst produzierten Affektreaktionen zu führen, ein Umstand, auf den namentlich Breuer hinwies, der eben in der Abspaltung dieser Erlebnisreste, in der Dissoziation ein wesentlichster Moment für das Fortbestehen und ungewollte Wiederauftreten affektiver Reaktionen erblickt. So erklärt sich in vielen Fällen die photographische Treue solcher affektiver Reaktionen, die zahlreichen Beobachtern seit Charcot und Janet auffiel. Die Shockerinnerungen bleiben bewußtseins-fern und unzugänglich für Kritik und Bearbeitung. Bezzola hat mit Rücksicht hierauf direkt eine „psychosynthetische" Arbeit an solchen Kranken gefordert. In der Tat kann man sich für Kranke, die seit Jahren mit stereotyper Genauigkeit dieselben dramatischen Szenen in leichtem Dämmerzustande vorführen, der Berechtigung solcher Auffassung kaum verschließen, besonders, wenn nach gelungener Sprengung der Bewußtseinsperre die Erscheinungen verschwinden. Ein anderes, vielleicht noch wesentlicheres Moment für die Konservierung von Affektreaktionen ist

das Einfließen primitiver Triebhaftigkeiten; wenn der Kranke sein Symptom in den Dienst des Krankheitswillens stellt und aus der „Shockneurose", d. h. der protrahischen Schreckreaktion eine zielstrebige Zweckneurose macht, sei es auch ganz oder halb unbewußt, wenn er Freuds „Flucht in die Krankheit" unternimmt, sich hinter seinen Symptomen gegen allerlei Unzuträglichkeiten des Lebens verschanzt, besonders unwillkommene Aufgaben ablehnt, z. B. Arbeit, Dienst, geregelte Lebensführung, Unterordnung oder dgl., wenn aus dem Schreckkranken ein mehr oder minder bewußter Simulant wird, dann können selbst komplizierte Symptomgruppierungen in virtuoser Weise und mit verblüffender Zielbewußtheit produziert werden und die ärztliche Technik auf harte Proben stellen. Je näher diese Zustände der Simulation stehen, desto schärfer muß selbstverständlich zugegriffen werden. Häufig ist der Psychotherapeut noch durch einen weiteren Umstand zur Wahl primitiver und krasser Methoden genötigt; in mangelhafter geistiger Zentralisierung liegt noch ein weiteres, sehr wesentlich zur Entwicklung protrahierter Shockreaktionen disponierendes Moment. Kinder, Jugendliche, besonders Halberwachsene, Debile und Imbezille sind besonders häufig Träger solcher Zustände. Sie bauen ihre Symptome meist recht primitiv auf; ein grobes Schütteln einer oder mehrerer Extremitäten, völliger Verlust des Sprechens und Hörens, alles recht massiv und ohne Beiwerk beherrscht meist das Bild. Dagegen knüpfen regsamere und empfindliche Persönlichkeiten oft sehr schnell mit weitverzweigten, sehr stark affektbeladenen Beeinträchtigungsideen und Kränkungsgefühlen an, deren Spannung die Shocksymptome erneut wieder anfacht, ähnlich wie in dem im vorstehenden Kapitel (S. 205) erwähnten Falle psychogener Asthenopie. Auch die völlig irrationelle Ursprünglichkeit und Zuständlichkeit des affektiven Erlebens begünstigt die Fortdauer seiner Reaktiverscheinungen und die Neigung der Affekte selbst, wieder aktuell zu werden, um so mehr, als die intensiven Begleiterscheinungen seitens des Herzens, der Vasomotoren, des Darmes, der Blase, der Extremitäten, die Schlafstörungen, die unklaren „Schwindel"erlebnisse und so weiter dem Lebenden im Rückfall seelisch fremd und „körperlich" erscheinen. Und dies ist um so mehr der Fall, als diese Folge- und Begleiterscheinungen dem allgemein mnemischen Gesetze von der Inkubation der Reproduktion unterliegen. Ebenso wie die neu gehörten Melodien in einem Konzert nicht gleich nachher zu Verfügung stehen, oft

trotz energischer Bemühung, dafür aber nach 12, 24, 36, 48 Stunden spontan frei aufsteigen, so überfallen auch die affektiven Nacherscheinungen psychischer Traumata den Erlebenden oft erst nach einer Inkubationszeit, in ganz veränderter Situation, oft auf den ersten Blick sinnlos, obwohl nähere Analyse meist leicht ein assoziatives oder voluntär zweckhaftes Motiv aufdecken läßt, das die Auslösung erklärt. Selbstverständlich bleibt für den unvorbereitet Erlebenden das Eintreten der affektiven Nachreaktion völlig persönlichkeitsfremd, sinnlos-krankhaft und überwältigend. Liegt doch auch in der den gleichen Mechanismen gehorchenden Inkubation der Suggestion bei richtiger Verwendung eine wesentliche Unterstützung der Suggestionswirkung, da sich das Suggestionsresultat gleichsam von selbst etabliert.

So ist es leicht verständlich, daß zahlreiche Menschen von verschiedenstem seelischen Typus zur Ausbildung protrahierter Affektreaktionen kommen und nur eine vielseitige, individualisierende Psychotherapie gerechtfertigt ist. Neuropathische Antecedentien habe ich in meinen nach vielen Hunderten zählendem Materiale nie vermißt, doch möchte ich nicht befürworten, diese Affektstarre einfach mit dem Schlagworte „Hysterie" abzutun. Dazu ist die Psychogenese der Zustände, die Reaktion der befallenen Persönlichkeit, die Ausbildung des Symptombildes und der Verlauf ein zu vielgestaltiger.

Nächst den physiologischen aber maßlosen affektiven Reaktionen sind es dann besonders subjektiv quälende affektive Störungen, die ärztliche Beratung herbeiführen. An erster Stelle sind depressive Verstimmungen zn nennen. Sie stehen auch in anderer Beziehung an erster Stelle, so schon rein statistisch. Etwa zwei Drittel des gesamten psychotherapeutischen Materials leidet an Depressionszuständen. Ferner birgt die psychotherapeutische Behandlung von Deprimierten besondere Gefahren, zumal in der Sprechstunde, indem einerseits nicht selten mit der Gefahr einer Selbstbeschädigung, in schwereren Fällen mit der Gefahr des Selbstmordes gerechnet werden muß, andererseits diagnostische Irrtümer folgenschwerer Art besonders nahe liegen. Hier darf die Erinnerung an diese Schwierigkeiten ausreichen, nur sei ausdrücklich betont, daß namentlich bei gebildeten Kranken mit guter Selbsterziehung die Beurteilung der Selbstmordgefahr ganz außerordentlich schwer ist. Ihre Ausschaltung ist Voraussetzung für die folgenden Erörterungen. Die Häufigkeit mäßiger periodischer Stimmungsschwankungen wird i. a. unterschätzt. Leichte Fälle manisch-

depressiver Eigenart, Zyklothymien, kommen ungemein häufig zur Beobachtung; nicht selten wird, wie namentlich Bonhoeffer betonte, die depressive Phase durch hypochondrische oder hysterische, ja gelegentlich paranoide Veränderungen vertreten. Auch Zwangserscheinungen ersetzen oft eine depressive Phase. Doch ist es bei einigem Eingehen auf die Eigenart der Kranken und sachlicher Berücksichtigung der Vorgeschichte meist nicht schwer, die zugrunde liegende depressive Veränderung zu erkennen, die bald in Hemmungszuständen, bald in rein affektiven Störungen, wie plötzlicher Mut- und Entschlußlosigkeit meist deutlich genug zutage tritt. Leider werden solche Kranke nur allzuoft als „Herzneurose", „nervöse Dyspepsie" oder dgl. in rein somatischer Behandlung hingeschleppt. Auch hier lassen einige Beispiele das sachgemäße psychotherapeutische Vorgehen am besten erkennen.

Der 40jährige Fabrikdirektor E. klagt über „Zwangsvorstellungen". Er fühlt einen unverständlichen Antrieb zu allerlei sinnlosen Handlungen und befürchtet geisteskrank zu werden. Aus der Vorgeschichte ist bemerkenswert, daß E. ein stets überaus energischer, tätiger und zielbewußter Mensch von frischem, schneidigem Wesen war, den Anforderungen großer organisatorischer Betriebe leicht und gern gewachsen, ein heiterer Gesellschafter und lebensfroher Genießer. Vor etwa 4 Jahren erlebte er einen „nervösen Zusammenbruch", der von autoritativer Seite mit starkem Nikotinmißbrauch in Zusammenhang gebracht wurde und zu einem halbjährigen Sanatoriumsaufenthalt führte. Damals bestanden starke Herzbeschwerden, ferner Angst, Niedergeschlagenheit und triebhafte Unrast, so daß E. kaum schlief und stundenlange Spaziergänge machte. In der Familie E.s sind Fälle erheblicher Gemütsverstimmung vorgekommen. Die jetzige Untersuchung ergibt körperlich lediglich das Bild einer „Herzneurose". Seelisch bestand deutlich depressive Allgemeinverfassung, Hemmung und Niedergeschlagenheit und zahlreiche Einzelbeschwerden, die E. selbst im Eigenbericht, wie folgt, schildert:

„Ständig ein dumpfer Druck im Kopf, besonders in Stirn und Hinterkopf. Benommenheit und Schwindelanfälle bis zu dem Gefühl des Sichfesthaltenmüssens (bei Augenschließen läßt es nach). Unvermögen meine Gedanken zu ordnen oder einem Gespräch längere Zeit zu folgen. Vollständige Gedächtnisschwäche (Vergessen des Endes eines angefangenen Satzes). Zwangsvorstellungen, wie Auszählen der Trottoirsteine, Berühren eines bestimmten Gegenstandes, unter dem Gefühl, daß das Unterlassen dieser Hand-

lungen mir schaden könnte. Schlechter, unruhiger Schlaf, häufiges Aufschrecken mit Atemnot, rasendem Herzklopfen und dem Gefühl: „Jetzt ist es aus.“ Der Puls setzt häufig aus, was ich durch Befühlen feststelle, häufig äußert sich dies Aussetzen durch ein Gefühl in der Brust, als ob in einem größeren Gefäß plötzlich eine Leere entstünde, in die sich dann das Blut mit sehr erhöhter Geschwindigkeit ergösse. Diese Anfälle enden gewöhnlich mit starkem Herzklopfen und Angstzuständen. Die Stimmung ist wechselnd, bald tiefe seelische Depressionen, bald völlige Apathie und Energielosigkeit, bald eine Gereiztheit gegen die Umgebung, nie eine Lustigkeit oder ein Ausgelassensein in lärmender Form; in den letzten Wochen herrscht die Niedergeschlagenheit stark vor. Leichtes Ermüden der Extremitäten, mit Zittern als Folgeerscheinungen, Atemnot nach kleinen Anstrengungen, besonders nach Treppensteigen. Grundloses Erröten. Die fixe Idee, über kurz oder lang irrsinnig zu werden oder mich töten zu müssen. Der Gedanke daran und, im Zusammenhang damit, an meine Familie, die an mir mit zärtlicher Liebe hängt, zwingt mich stets zu Tränen. Ich bemerke, daß ich vor meiner Erkrankung, seit meiner Kinderzeit nie geweint habe, dagegen jetzt häufig und manchmal lange und ohne ersichtlichen Grund. Zwei Erscheinungen sind mir in letzter Zeit besonders beängstigend aufgefallen: Beim Schreiben überspringe ich Buchstaben und Worte, ich schreibe zum Beispiel „Bauftragter“ statt „Beauftragter“, „mogen“ statt „morgen“ usw. Beim Gehen auf der Straße ist es mir mehrmals passiert, daß ich rechts ausweichen wollte, statt dessen aber links auf den Entgegenkommenden zutrat. Einigemale haben mich Begegnende darüber zur Rede gestellt. Ich weiß bestimmt, daß ich richtig ausweichen wollte und daß mir jede Absicht fehlte, irgendwie unkorrekt zu sein“.

Noch viel krasser zeigte sich die ausgesprochene melancholische Veränderung in den Träumen des Kranken, die bis ins einzelne mit den affektiv bedingten Wahnideen schwer Depressiver übereinstimmen. Auch hier möge die Selbstschilderung des Kranken folgen:

„In meinen Träumen spielt häufig ein von mir begangener Mord eine Rolle. Gewöhnlich vergrabe ich mein Opfer im Keller des Hauses, planiere den Boden sorgfältig, aus Furcht vor Nachforschungen; Reue empfinde ich keine, denn es sind meist schlechte Menschen, die mir Übles getan haben oder tun wollen. Manchmal fällt ein Verdacht auf mich, man gräbt nach, findet die Gebeine

oder auch noch die frischen Leichen, ich werde verhaftet, zu langen Freiheitsstrafen verurteilt, niemals zum Tode. Die Gefühle beim Eintritt ins Zuchthaus (die ganze Hoffnungslosigkeit eines jahrelangen Begrabenseins steht mir greifbar deutlich vor Augen) sind entsetzliche. Verzweiflung packt mich, der Gedanke an meine Lieben quält mich, später werde ich unter der Gewohnheit stumpf. Trotz dieser Pein kommt mir nie der Gedanke an Selbstmord, ich erinnere mich nicht, auch nur ein einziges Mal geträumt zu haben, daß ich mich selbst getötet hätte. Einmal träumte mir, und dieser Traum wiederholte sich, ich hätte meine Mutter getötet und die einzelnen Leichenteile in einem Faß eingesalzen. Ein anderes Mal erschoß ich eine sehr hoch gestellte Persönlichkeit, weil er mir unter zynischem Lächeln Details erzählte, wie er mich mit meiner Frau betrogen habe. Die Sexualität spielt in meinen Mordträumen keine Rolle, ich meine etwa in bezug auf Sadismus, es handelt sich stets um Rache oder Raubmord. Die Ruhe und Umsicht, mit der ich die Vorbereitungen und die Tat ausführe, sowie die Gefühlsroheit der Äußerungen während und nach der Tat, erschrecken mich, wenn ich mir in wachem Zustande die Träume zurückrufe. So träumte mir vor einigen Tagen, ich hätte den Inhaber eines Ladens unter Beihilfe eines Komplizen erstochen. Nach Durchsuchung der Wohnung betraten wir nochmals das Mordzimmer, wo das Opfer schrecklich röchelte. Mein Genosse forderte mich auf, dem Verletzten den Rest zu geben, ich erwiderte: Siehst Du nicht, daß der nichts mehr sagen kann, der verreckt auch ohne uns, und ging ruhig und gelassen meiner Wege. — Ich bemerke, daß ich, obwohl als alter Korpsstudent nicht im geringsten blutscheu, niemals sadistische Gefühle gehabt habe, daß mein Geschlechtsleben ein normales war und ist und daß ich nie Tiere gequält habe".

Die Behandlung bestand nach der ersten ausgiebigen Unterredung und Ausschließung aller ernsten körperlichen Störungen zunächst darin, daß E. über das Wesen seiner Erkrankung als einer vorübergehenden, prognostisch günstigen affektiven Störung eingehend aufgeklärt wurde. Seiner Besorgnis, irrsinnig zu werden, wurde durch Klärung der Psychogenese einer Obsession mit sehr gutem Erfolg entgegengearbeitet. So ließ sich z. B. nachweisen, daß das von E. erwähnte, unabsichtliche falsche Ausweichen auf der Straße ein unbewußtes Anrempeln war, das dem tadellos erzogenen Weltmanne aus nicht- oder halbeingestandenen Tiefen kam. Andere Obsessionen hatten infantile Wurzeln. Schon nach

wenigen psychotherapeutischen Sitzungen war ohne jede spezifisch-medikamentöse Behandlung ein ganz außerordentlicher Fortschritt erzielt. E. lernte bald, seinen Obsessionen in sachlicher Selbstbeobachtung nachzugehen und sich auf einen objektiven Standpunkt durchzuarbeiten. Er war bald in der Lage, sich zu beschäftigen, und das völlige Abklingen der Schwankung ohne allzuviel subjektive Not abzuwarten.

Der 36jährige Komponist F. war bereits von einem Spezialkollegen populär psychotherapeutisch und durch Allgemeinbehandlung über eine leichte Depressionsstörung mit viel hypochondrischen Zügen geleitet worden. Im Anschluß an einen leichten Darmkatarrh entwickelte er plötzlich die Befürchtung, ein Gallenleiden zu haben. Bei diesem ungemein sensibelen und stark femininen Menschen genügte eine kurze körperliche Untersuchung und anschließende gutmütige Verspottung, um die Störung restlos verschwinden zu lassen.

In anderen Fällen ist eine kurze Ruhigstellung, am besten in Form einer Liegekur verbunden mit leicht psychischer Abstinenz (Binswanger) angezeigt. Es trifft dies besonders für sehr gewissenhafte, opfertümlich veranlagte Arbeits- und Pflichtmenschen zu, die sich selbst eine kurze Erholung nicht glauben gönnen zu dürfen.

Die 35jährige Frau von G. ist Mutter von sechs lebhaften Kindern, Gattin eines nervösen hohen Beamten und unermüdliche Stütze von unzähligen Wohltätigkeitsveranstaltungen. In der Stillperiode des jüngsten, 4 Monate alten Kindes wird sie plötzlich, ganz im Gegensatz zu ihrem sonstigen ungemein energischen und tätigen Wesen mut- und energielos, sie glaubt ihren Pflichten in keiner Weise gerecht geworden, ihren Aufgaben nicht gewachsen zu sein, sie hat ein ausgesprochenstes Insuffizienzgefühl. Am meisten Vorwürfe macht sie sich, weil sie in der letzten Zeit einige Male morgens liegen geblieben sei, und dadurch „das ganze Haus auf den Kopf gestellt habe". Frau von G. ist völlig verzweifelt, sie sei entweder unheilbar krank oder schlecht. Hier genügte in der weitläufigen Villa der Kranken eine völlige Trennung von allen Angehörigen und strikter Befehl zu völliger Bettruhe, um die affektiven Störungen in 14 Tagen abklingen zu lassen. Das entscheidende Moment ist in solchen Fällen, den Kranken seiner Ruheberechtigung zu versichern und ihm durch energische Anordnung und Durchführung die Last der Selbstbestimmung abzunehmen.

Dieselben therapeutischen Aufgaben sind bei der Mehrzahl der von Bonhoeffer als emotionell-hyperästhetische Schwächezustände umschriebenen Störungen zu erfüllen; es handelt sich um ausgesprochene Zustände reizbarer Schwäche nach Infektionen, Traumen, Vergiftungen u. a. m. Hier habe ich von protrahierter Hypnose zu Erholungszwecken Vorzügliches gesehen. Als Indikator für den Behandlungserfolg ist besonders eine gewisse, dem Kranken sonst fremde Rührseligkeit von Wert; ihre völlige Beseitigung ist, wenn irgend möglich, anzustreben, da ihre Fortdauer stets Rückfallgefahr bedeutet. Eine weitere sehr wesentliche Kontrolle der Besserung ist durch regelmäßige Messung der psychophysiologischen Leistungsfähigkeit gegeben (s. Kapitel 6, S. 158).

Die Ausgestaltung des psychotherapeutischen Vorgehens im einzelnen Falle wird sich nach der Art und Eigenheit des Falles zu richten haben; besonders ist darauf zu achten, welche psychischen Funktionen besonders stark gehemmt sind, und durch Ausnutzung freierer seelischer Anteile Beeinflussung zu erzielen. Schwerere Fälle verlangen selbstverständlich daneben medikamentöse, selbstmordverdächtige Aufsichtsbehandlung.

Neben den Depressionen sind es namentlich ängstliche Verstimmungen, die häufig zu ärztlicher Beratung führen, mag es sich um ein ganz unbestimmtes Angstgefühl oder um ängstliche Vorstellungen handeln, mögen die Störungen primär oder sekundär, endogen oder reaktiv auftreten. Endlich sind ängstliche Pseudoaffekte ungemein häufig, namentlich bei Kreislauf- und Nierenerkrankungen, ferner im Beginn zahlreichen Psychosen.

Als Schulbeispiel reiner Angstanfälle diene der folgende Kranke: Der 28jährige Kaufmann H. kommt im Angstanfall in die Sprechstunde. H. ist ein untersetzter, etwas überernährter, gedrungen gebauter Mann mit Zeichen leichter Schilddrüsentoxikose. Er stürzt mit gerötetem Gesicht, aufgerissenen, etwas starr blickenden Augen und hastigen Bewegungen herein, atmet keuchend, öffnet sogleich Rock und Weste und bittet um sofortige Hilfe, am besten „eine Einspritzung", da er sonst gleich sterben müsse. Objektiv besteht außer der geschilderten Erregung lediglich eine leichte Herzbeschleunigung (125) bei gleichmäßigem und regelmäßigem Pulse von guter Füllung und Spannung, keinerlei Zyanose oder dgl. Eine eingehende, durch die schwere ängstliche Unruhe erschwerte interne Untersuchung ergibt im übrigen in jeder Beziehung regelrechte Verhältnisse. H. wird hierauf ruhig angewiesen, sich zu setzen und nach kurzem Fixieren eines Ringes unter Ruhe-

suggestion und leichten „mesmerischen" passes vorwiegend verbal hypnotisiert; er spricht sehr gut an, unterläßt auf entsprechende Suggestion sogleich sein theatralisches Schnaufen und nimmt weitere Ruhesuggestionen glatt an. Nach wenigen Minuten Hypnose wird er geweckt, ist völlig klar und ruhig und sachlicher Auseinandersetzung zugänglich. Er gibt nun an, daß er seit einem halben Jahr derartige Zustände habe; er sei von mehreren Ärzten mit Morphium- und Kampfereinspritzungen behandelt und dahin belehrt worden, sein Leiden sei „eine Art von Herzkrämpfen", die plötzlich zum Tode führen könnten. Dies machte um so mehr Eindruck auf H., als vor drei Vierteljahren die Mutter seiner Frau an einem Herzleiden gestorben war. H. war seinen Zuständen gegenüber so rat- und wehrlos, daß er verschiedentlich bei solchen Anfällen in fremde Häuser lief, alarmierte und telephonisch den nächsten Arzt holen ließ. Zweifellos besteht bei ihm eine gewisse körperliche Eignung zu angstartigen Mißempfindungen — er wiegt bei 1,61 Körperlänge 194 Pfd.!! —, diese enorme Reaktion auf solche leichte Mißempfindungen war aber nur psychologisch zu verstehen. Das Beispiel der verstorbenen Schwiegermutter war nicht der einzige Punkt; die nähere Erforschung seiner Lebensverhältnisse ergab vielmehr als weiteren bemerkenswerten Punkt, daß H. seit $2^1/_2$ Jahren verheiratet und Vater eines nun 14 Monate alten Kindes ist. Weiteren Familienzuwachs suchte H. durch Coitus interruptus vorzubeugen, wobei er wie seine Frau dauernd in größter Angst und Sorge schwebten. Zudem war H. der einzige Sohn einer ängstlichen Witwe, die ihn äußerst weich und nachgiebig erzog. Alle diese Punkte werden mit H. eingehend besprochen und ihm besonders eindringlich gesagt, daß seine Anfälle in keiner Weise ernster Natur seien, die differenter, körperlicher Behandlung bedürften. H. verläßt den Arzt sichtlich erleichtert und völlig ruhig. Es trat in der Folgezeit nur noch einmal ein ganz leichter „Anfall" auf, als H. sich über eine Differenz zwischen seiner Frau und seiner Mutter aufgeregt hatte, während geschäftlicher Ärger und Kummer ihn ganz unberührt ließ, ein gutes Beispiel für neurotische Fixierung an Angehörige. H. war ein ungemein dankbarer Patient, der sich noch über 4 Jahre lang öfters sehen ließ und völliger seelischer Gesundheit erfreute. Der psychotherapeutische Erfolg wurde durch entsprechende körperliche Verordnungen unterstützt und konsolidiert. Eine eigentliche depressive Verstimmung war bei H. nie nachweisbar. Der Fall zeigt sehr schön, welche Triumphe sachgemäße Psychotherapie bei leicht

konstitutionell und stark okkasionell begründeten Zuständen dieser Art feiert.

Während hier der Angstaffekt unklarer Auslösung den Kranken überwältigend überfiel, ist in anderen Fällen sein Auftreten an bestimmte Situationen geknüpft; als Alltagsbeispiel dient ein Fall von „Lampenfieber". Die 49jährige Klaviervirtuosin J. mußte eine Reihe wesentlicher Veranstaltungen absagen, weil sie am Klavier vor dem Publikum von unüberwindlicher Angst überfallen wurde. Das Blut stieg ihr zu Kopfe, ihre Reproduktion wurde völlig unklar und verworren, zeitweise steigerte sich der Zustand bis zu „einer Art Schwindel oder Ohnmacht". In kleinem Kreis kennt Frau J. keinerlei solche Beschwerden, sie hat seit Jahren auswendig und lesend viel und sicher öffentlich gespielt. Irgendein besonderes Konzerterlebnis, wie etwa eine Entgleisung oder dgl., ist ihr nicht erinnerlich, eine schwere körperliche Disposition besteht nicht bis auf den Umstand, daß die Kranke sich im Ausgange des Klimakteriums befindet. Hier förderte das nähere Studium der Psychogenese sehr bemerkenswertes Material. Befragt, ob sie nur beim öffentlichen Spielen solche Zustände habe, bejaht sie zunächst, um dann zu korrigieren, neulich, in dem Konzerte des Pianisten X. habe sie einen ähnlichen „Anfall" gehabt. Sie habe eine so unbeschreibliche Angst vor X. gehabt, daß sie am liebsten den Saal verlassen hätte; nur mit Rücksicht auf ihren Mann sei sie geblieben. Nun hatte X. in keiner Weise für andere etwas Furchterregendes; im Gegenteil; er war ein etwas schulmeisterlicher, weiblich aussehender Mann, an dem nur eine ungewöhnliche persönliche Eitelkeit auffiel. Diese Seite seines Wesens wurde auch von Frau J. zuerst hervorgehoben und der Nachsatz angehängt: „wie ich den X. so spielen und aller Augen auf ihm ruhen sah, sagte ich mir, es sollten nur junge, gutaussehende Menschen öffentlich auftreten." Damit war ein ganz anderer Schacht angeschlagen, aus dessen Tiefe wohl die rätselhafte Angst stammen konnte. In der Tat ergab die nähere Beobachtung, daß Frau J. völlig von dem Gedanken beherrscht war, nun zum alten Eisen zu gehören, was ihr um so tiefer gehen mußte, als sie — und wohl zum Teil mit Recht — der Ansicht war, das Leben habe ihr vieles, vielleicht das beste vorenthalten. So ließ sich das rätselhafte „Lampenfieber" als halbphysiologische Angst um das verlorene Leben entlarven. Die Kranke selbst war ungemein überrascht bei diesen Aufklärungen und — spielte nach 3 Tagen ohne Störung öffentlich. Wie solche Erfolge zu deuten sind, ist

sehr schwer zu sagen; im dynamischen Bilde kann man sich den Mechanismus so deuten, daß der Affekt an ein falsches Vehikel geknüpft wird; einheitlichere und persönlichkeitsgemäßere psychologische Betrachtung wird, ähnlich wie es Schilder für den Persönlichkeitszerfall sehr plausibel gemacht hat, annehmen, daß die Geschlossenheit des Erlebens durch die andrängenden Sorgen in hohem Grade gestört war. Das Persönlichkeitsganze habe auf diese Minierarbeit der Affekte mit Angst reagiert. Endlich darf suggestive Beeinflussung nicht unterschätzt werden. Jedenfalls ist die affektive Einengung hier endgültig durchbrochen worden. Sicher ist gerade bei solchen Fällen auch oft das Freudsche Moment der Verdrängung von Bedeutung, bald mehr im eigentlichen Freudschen Sinne als völlig unterbewußte quasi Reflextätigkeit der Psyche, bald mehr im Sinne eines halb- oder vollbewußten Nichtwahrhabenwollens, und alle die oben (Seite 135) erwähnten Hilfsmomente des psychoanalytischen Arbeitens spielen auch in solchen Fällen oft eine bedeutsame Rolle; kritisches psychotharkartisches Arbeiten kann hier oft sehr gute Dienste leisten, wie namentlich einige Beobachtungen von Frank zeigen.

Ein häufiger, psychogenetisch mannigfaltiger und dementsprechend psychotherapeutisch verschiedenartig anzufassender Symptomenkomplex ist von Kraepelin als „Erwartungsneurose" gezeichnet. Es handelt sich um angstdisponierte Menschen, bei denen die Störung durch jede Erwartung ausgelöst wird, besonders bei bevorstehenden Prüfungen u. dgl. Isserlin hebt mit Recht die guten Erfolge hypnotischer Ruhesuggestion bei diesen Zuständen hervor, wenn sie auch in der Mehrzahl der Fälle nur symptomatischen Einfluß haben. Dauererfolg ergibt auch hier nur gemeinsames psychopädagogisches Arbeiten, namentlich auf Grund genauer Klärung der Psychogenese, wie im vorstehenden Falle.

Endlich wird häufig psychotherapeutischer Rat affektiver Störungen wegen eingeholt, die nicht an und für sich, sondern ihrer Konsequenzen wegen Abhilfe verlangen. So werden eine große Anzahl schwererziehbarer Kinder von besorgten Eltern dem Arzte zugeführt. Czerny hat als häufigste und wichtigste Anomalie bei solchen Kindern benannt: 1. Gesteigerter Bewegungsdrang; 2. Unbeständigkeit der Aufmerksamkeit; 3. Unfolgsamkeit; 4. Ängstlichkeit; 5. geringe Festigkeit erlernter Funktionen; 6. mangelhafte Anpassung an das Milieu, wobei besonders hervorzuheben ist, daß es sich nicht um ausgesprochene imbezille oder idiote Kinder handelt. Es sind vielmehr die bei Erörterung der

„Debilität im Kindesalter" im heilpädagogischen Kapitel bereits erwähnten Kinder, die hier in Frage kommen. Geringe zentrale Hemmungen bei in manchen Fällen körperlich motivierten Bewegungsdrange, geringe Ansprechbarkeit der höheren Sinnesfunktionen, vor allen Dingen krankhafte Ermüdbarkeit spielen hier eine wesentliche Rolle. Vor allen Dingen aber ist bei einem großen Teile dieser Kinder durch die Minderwertigkeit des Hemmungsapparates die Entwicklung affektiver Störungen besonders erleichtert und in ihren Konsequenzen besonders ernst zu nehmen. Namentlich werden solche Kinder ungemein leicht schroffen Beeinflussungen gegenüber störrisch und unzugänglich. Ebenso ist vor einer schematischen Anwendung der „Abgewöhnung" ängstlicher Gewohnheiten zu warnen, die von Czerny mit Recht für einen großen Teil der Fälle empfohlen wird. Jedenfalls muß hier sehr ruhig und langsam gearbeitet und immer mit maßlosen Affektaugenblicks- und Dauerreaktionen gerechnet werden; es muß, wie schon im heilpädagogischen Kapitel betont, vor allen Dingen versucht werden, durch Disziplinierung die kleinen Steuerlosen zur Selbstführung heranzubilden. Wie Gregor sehr richtig betont, ist die Gesamtbeurteilung solcher Kinder abhängig vom Persönlichkeitsganzen, insbesondere von den ethischen Qualitäten, so daß die Aussicht auf Behandlungserfolg sich abstuft, je nachdem das Kind moralisch intakt, schwach, minderwertig, asozial, oder moralisch indifferent ist. Nur grobe psychotische Störungen können hier einen Strich durch die Rechnung machen. Vor allen Dingen müssen solche Kinder in den meisten Fällen den Eltern entzogen und einer ruhig-konsequenten Familien- oder Heimerziehung zugeführt werden; handelt es sich doch fast immer um ausgesprochen heredofamiliäre Anomalien, deren dispositionelles Kapital durch die Zinsen einer unzweckmäßigen Erziehung noch vermehrt wird, so daß zur eigentlichen Heredität eine reaktive Pseudoheridität tritt. Die Affektivität der schwer erziehbaren Kinder im Sinne Czernys verlangt eine allgemeine Hemmungs- und Disziplinierungserziehung; nur in Sonderfällen, so bei triebhaftem Nägelkauen u. dgl., wird Hypnose oder eine andere speziell psychotherapeutische Methode angezeigt sein, doch ist davor zu warnen, monosymptomatische Störungen im Kindesalter allzu wichtig zu nehmen und ihre Beseitigung zu hoch zu veranschlagen, da die Entwicklung viele derartige Erscheinungen ohne besonderes Zutun auflöst und restlos verschwinden läßt. Hier, wie überall in der Psychotherapie, ist symptomatisches Arbeiten Stückwerk und Eintagsleistung, die nur im Rahmen allgemeiner Psychotherapie Wert und Aussicht auf Dauer hat.

Jugendliche und Erwachsene kommen nicht selten mit Klagen über „Nervosität des Gefühlslebens"; Unbeständigkeit und Maßlosigkeit des Affektlebens, bald als Folge gesteigerter Erregbarkeit und geringer Hemmung, bald ein Ausdruck schwieriger, aber starker affektiver Veranlagung führen oft zu Konflikten, aus denen ärztlicher Rat erlösen soll. Hier darf vor allen Dingen nicht wach-psychotherapeutisch schematisiert und psychagogisiert werden. Die erste, reizvollste und schwierigste Aufgabe ist eine möglichst weitgehende Klärung der psychologischen Zusammenhänge. Daher empfiehlt sich, wie bei allen klinischen Untersuchungen, ein systematisches Vorgehen. Es ist zunächst ein Urteil darüber zu versuchen, wie weit ein echter Affekt vorliegt; die Ausdrucksbewegungen bei Ablauf und Schilderung der affektiven Störungen geben hier einen gewissen Anhalt. Sie machen gegenüber dem stark „vorgetragenen" und „theatralischen" Reagieren ausgesprochen hysteropathischen Personen die Zurückhaltung leicht, besonders, wenn die Gesamtpersönlichkeit minderwertig ist, z. B. in intellektueller Hinsicht. Doch darf nicht vergessen werden, daß die Fähigkeit, Ausdrucksbewegungen zu produzieren, nach Geschlecht, Alter, Rasse und Erziehung sehr verschieden ist, so daß Unter- und Überschätzungen gleich schnell geschehen können. Sachliches Verfolgen der Schilderung, besonderes Beachten affektiver Scham gegenüber degenerativer seelischer Entblösungssucht werden manchen Fehler vermeiden lassen. Gerade Menschen mit viel Tiefgang sind oft in Gegenwart anderer zu Ausdrucksbewegungen, ja selbst zu eingehender Selbstschilderung unfähig. In der Niederlegung dieser Hemmungen ist ein wesentliches kuratives Moment des psychokathartischen Arbeitens zu sehen, wo mit ärztlicher Hilfe die Hemmungen elementar durchbrochen werden können. Außerdem ist zu beachten, wie der Affekt zum Persönlichkeitsganzen steht. Aber selbst wenn auch diesen und anderen, mehr einfühlungsmäßigen Momenten der Affekt psychologisch-deskriptiv „echt" erscheint, muß die „Echtheit" noch in anderem Sinne klargestellt werden. Liegt nicht vielleicht eine Imitationsbildung, ein Milieuprodukt vor? Handelt es sich nicht um mechanisierte und fixierte Reaktionen, die ohne wesentliches Innenleben ablaufen, trotz aller „Echtheit" im psychologischen Sinne? Ist ein Pseudoaffekt mit genügender Sicherheit auszuschließen? Daß nicht etwa die verschleierte Vergiftungsbeängstigung eines Urämischen oder der Einbruch sinnlosen geistigen Zerfalles, etwa einer beginnenden Verblödung, als rein affektive Störung verkannt wird? Auf diese Vorfragen ist

immer wieder hinzuweisen. Lassen sie sich mit genügender Genauigkeit klären, so ist durch eingehende, durch Berichte möglichst neutraler Dritter unterstützte Selbstschilderung festzustellen, ob die affektive Störung reaktiv auf eine seelische Beeinflussung eingetreten, oder aus den Tiefen der Eigenanlage, endogen, entsprungen ist. Dabei darf der Geltungsbereich des Konstitutionellen und Körperlichen nicht überdehnt werden; daß früher anscheinend „endogene" Verstimmungen auftraten, schließt absolut nicht das Auftreten reaktiver affektiver Störungen aus, daß „konstitutionell", z. B. auf thyrestoxischer oder vasomotorischer Grundlage, eine besondere Eignung zu Angstzuständen besteht, darf nicht dazu führen, psychogene Auslösungen zu unterschätzen. So verlangt auch hier sachliche Klärung viel Sorgfalt und Kritik. Ja sehr häufig wird vorurteilslose Betrachtung das Zusammenwirken und Sich-gegenseitig-Unterstützen beider Zusammenhangsreihen anerkennen und sich therapeutisch danach orientieren. Ist nach diesen Gesichtspunkten das Vorliegen einer echten affektiven Störung wahrscheinlich oder gar sicher, so ist zunächst ein Urteil über die Stärke des vorliegenden Affektes zu versuchen; hier sind ähnliche Gesichtspunkte maßgebend, wie bei der „Echtheits"frage. Es wird weiter die Dauer der affektiven Störungen festzustellen sein, namentlich nach der Richtung, ob Anzeichen periodischer Schwankung vorliegen, wie sie z. B. vom manisch-depressiven Irresein und von unzähligen periodisch exazerbierenden Psychopathen bekannt sind. Über periodische affektive Schwankungen beim normalen Menschen ist trotz der wertvollen Anregungen von Fließ wenig Sicheres bekannt; nur beim geschlechtsfähigen menschlichen Weibe darf eine gewisse affektive Periodizität als erwiesen gelten. Bei Psychopathen beiderlei Geschlechtes sind ausgesprochen kritische Monate — besonders Juli/August, Januar/Februar — nach zahlreichen guten Selbstbeobachtungen häufig, ohne daß daraus eine Diagnose, etwa die der larvierten Epilepsie gemacht werden dürfte. Für die Beurteilung der Affektstärke, des „Tiefganges" der affektiven Störungen, ist weiter von großer Bedeutung, ob sie isoliert im seelischen Geschehen ablaufen oder mit zahlreichen anderen Reaktionen korrespondieren. Wenn ein tierquälerischer, stehlender und lügender, seine Angehörigen raffiniert quälender Junge von 14 Jahren bei der Mondscheinsonate oder im Kino Tränen vergießt, so wird eine solche Affektreaktion nur in seltenen Ausnahmefällen dahin gedeutet werden können, daß alle

übrigen Defekte nur Scheinbildungen, Ersatz- und Abwehrreaktionen gegen allzu viel innere Weichheit seien, während aber bei nachgewiesenerweise zarten und gutartigen, aber reizbaren und leicht ermüdenden Menschen eine momentane Brutalität, ein krasser Zynismus, ja ein mephistophelischer Antrieb, stets zu verneinen, ganz anders zu bewerten ist. Das Verhalten zum Leben, zu Menschen, Tieren, Pflanzen, zu Beruf, Pflichten, Religion, sie alle müssen in unauffälliger und möglichst zuverlässiger Art, im Notfall durch Stichproben einer Unterhaltung geprüft werden, um über die Korrespondenz der affektiven Störungen mit Nachbargebieten ein Urteil zu gewinnen. Isolierte Affekte sind entweder nicht echt oder Pseudoaffekte; diese Regel erleidet kaum eine Ausnahme. Vor allen Dingen ist in der Privatpraxis vor der Überschätzung ästhetischer Differenzierung zu warnen; viel „feine" Künstlernaturen sind primitive, affektarme Geschöpfe, namentlich, wenn eine rein reproduktive Kunstbetätigung ausgeübt wird. Ihre „Affekte" sind nur kurzlebige, wenn auch stark sich auswirkende Emotionsstöße, mit großer Amplitude und ausgesprochener Neigung zur Isolierung; ja häufig weitgehend mit Material sinnlicher Empfindung durchsetzte primitive Erlebnisse, die echt affektive Gebilde vortäuschen. Eine weitere sehr wesentliche Feststellung muß dem Verhältnis von Affekt und Hemmung gelten; es wurde bereits auf die tiefgründigen, aber ausdrucksarmen Naturen hingewiesen, deren Affektivität in so ausgesprochenem Maße zur Latenz neigt, daß sie nur allzu leicht für affektiv unbegabt gelten. Anderseits täuschen hemmungsschwache und dadurch erhöht reizempfängliche und reagibele Menschen leicht einen affektiven Besitz vor, der ihnen nicht gehört. Nur eine eingehende Beobachtung kann erkennen lassen, ob die Hemmungen voluntärer oder intellektueller Art, oder ob sie endlich Eigenhemmungen charakterologisch begründeter Art sind, die oft in eigenartigen affektiven Einstellungen wurzeln. Unserer analysensüchtigen Zeit ist Scham und Stolz fremd geworden und hat viele Psychotherapeuten ihrer schönsten Aufgaben entfremdet. Die Frage nach Art und Maß der Hemmungen führt zum Vorstellungsgehalt der affektiven Gebilde, dessen genaue Analyse namentlich die Entscheidung erleichtert, ob die vorliegende affektive Störung primär oder sekundär ist. Ob etwa eine depressive Verstimmung an nicht-, halb- oder falschbegründete Vorstellungen von Schuld und Sünde, an Aberglauben oder Irrtum anschließt, ob ängstliche Unruhe aus unklarer Lebensabrechnung oder laienhafter Krankheitsauffassung, aus unver-

standenen Zwängen der „Belastungslehre“ oder dgl. entspringt. So klärt sich das Verhältnis des affektiven Gebildes zur Einsicht, deren Steigerung und Erweiterung bei solchen sekundären affektiven Störungen die einzig rationelle Behandlung sein kann. Und in dem Verhältnis der affektiven Störung zur Einsicht ist die Überleitung zur letzten Frage gegeben, der nach dem Verhältnis der affektiven Störung zum Persönlichkeitsganzen. Ist dem Lebenden die affektive Störung ein Teil des Eigenlebens in strengem Sinne?, fühlt „er“ die Angst, ist „er“ reizbar, unmutig, heftig, wankelmütig? Oder strömt das affektive Erleben, wie eine fremde, oft unheimliche Macht auf ihn zu? Kann er, in beiden Fällen, sich dem Erleben gegenüber subjektiv behaupten oder wird er überwältigt? Namentlich die stark larvierten, zur Latenz neigenden und die zu übermäßigem Ausströmen in die Ausdrucksreaktionen tendierenden affektiven Störungen, sozusagen die beiden Endglieder der affektiven Reihe vom Ausdrucksstandpunkt aus betrachtet, sind besonders geeignet, überwältigend zu wirken, die ersten, weil sie gleichsam ungesehen die Persönlichkeit unterminieren, die zweiten, weil sie im gewaltigen Strome namentlich körperlichen Reagierens den Erlebenden mitreißen und verändern. Das Schulbeispiel für die erste Form ist der echte Gram, für die zweite die Wutexplosion. Dabei wird von der Gesamtheit der Persönlichkeit aus die schon mehrfach erwähnte, überaus bedeutsame affektive Einengung im Gebiete des Empfindens, Fühlens, Vorstellens, Denkens, Urteilens, Wollens und Handelns herauszuarbeiten und objektiv darzustellen sein. Es muß versucht werden, zu erfahren, ob die affektive Einengung nur einzelne Anteile seelischen Erlebens oder ob sie das Persönlichkeitsganze beeinflußt. Dies wird wesentlich von der Ausbildung der Sekundärfunktionen abhängen. Der Psychotherapeut wird häufig die Alltagsformel bestätigt finden, daß zwischen der Fähigkeit zum Ausgeben der Affekte, zum „Abreagieren“, wie Breuer und Freud es nannten, also zu Weinen, Schelten oder Racheakt und der Sekundärfunktion der affektiven Erlebnisse, zu ihrer Nachdauer das Verhältnis der umgekehrten Proportion besteht. In der Tat ist, wie Grooß zum ersten Male scharf hervorhob, ein ganz bestimmter Menschentypus, bei dem sich Ausdrucksunfähigkeit mit starker Sekundärfunktion verbindet, ganz besonders disponiert zur Entwicklung schwerer und langdauernder affektiver Störungen; dieser Typus des Psychoneurotikers steht den konstitutionell Depressiven und Gehemmten sehr nahe, so daß es oft sehr schwer, ja zeitweise unmöglich

werden kann, zu entscheiden, ob nur angeborene Eigenart des Erlebens an und für sich oder ihre Folgen überwiegen. Der Psychotherapeut wird sich vor einer Überwertung des schicksalmäßig und erbganghaft Gegebenen zu hüten haben; denn auch konstitutionelle Art des Erlebens ist beeinflußbar, wie alles Lebende, wenn auch nur in einem kritisch zu erwartenden und möglichen Maße. Erst wenn so das Verhältnis der affektiven Störungen zum Persönlichkeitsganzen geklärt ist, kann ein Urteil darüber versucht werden, wie weit voluntäre Funktionen gegen die Störung alarmiert werden können, ob wir den von vielen Psychotherapeuten allzu sehr mißachteten, von noch mehr Ärzten und Laien allzu oft mißbrauchten Rat geben dürfen „sich zusammen zu nehmen", oder ob erst längere Vorarbeit hierzu die Möglichkeit geben muß. Entlarvungen latenter und unliebsamer affektiver Spannungen, Lösung affektiver Kurz- und Fehlanschlüsse, Bindung und Zielsetzung unbesetzter Affektvorräte, Ersatzrichtung illusorich oder irreal fixierter Affekte, Ableitung gestauter, Hemmung allzu ungebundener und sachliche Gewöhnung an die eigene Affektivität, sowie Anleitung, sie in entsprechender Umwelt fruchtbar zu machen, das werden die wesentlichen Aufgaben der Psychotherapie affektiver Störungen allgemeiner Art bei Jugendlichen und Erwachsenen sein. Erst ihre Erledigung wird es oft dem Kranken möglich machen, als voluntär Zielsicherer selbst mitzuarbeiten. Einige Beispiele mögen solche Maßnahmen verdeutlichen. Für die Affektentlarvung genügt es, an zwei Beispiele aus früheren Kapiteln zu erinnern, und zwar den Fall von Hyperakusie, wo der Ärger über eigene Unfähigkeit sich in eine „Ruheneurose" umsetzte und den Reaktionsversuch mit dem Reizworte „Kind", wo sich hinter einer Kinderscheu die Sehnsucht nach Familienglück versteckt (S. 126). Sie geben zugleich technisch psychotherapeutische Hilfen; affektive Kurz- und Fehlanschlüsse entstehen ganz unbemerkt und dauernd auf dem Wege assoziativer Verschmelzung. Ziehen hat diese wichtige Tatsache vom assoziationspsychologischen Standpunkte aus als „Irradiation der Gefühlstöne" bezeichnet. Z. B. kommt ein vom Schicksal schwer Betroffener in eine fremde Stadt. Sie scheint ihm fremd, feindlich und kalt. Nun erlebt er hier etwas Schönes und Tiefes, und plötzlich ist die Stadt eine andere, sie ist ihm lieb und freundlich. Von der Häufigkeit und Bedeutung solcher Fehlanschlüsse für Urteile, Entschlüsse usw. bei affektiv lebendigen Menschen kann sich nur der Psychotherapeut das rechte Bild machen, der hier Feindschaft,

dort blindes Anhängertum, hier Verdammung, dort Lobpreisung täglich aus solchen Fehlanschlüssen entstehen sieht. Namentlich das Kriegsleben in der Heimat bot zu ganz krassen Beobachtungen solcher Art täglich Gelegenheit. Unbesetzte Affektvorräte zu binden, mit einem adäquaten oder einem Ersatzziel ist eine oft sehr schwierige Arbeit, die namentlich durch Berufsberatung und Schaffung lebendiger Pflichten angegangen werden kann. Oft ist eine gewisse Resignationsschule die unerläßliche Vorbedingung, wenn es nicht gelingt, andere, als die vernichteten Affektanteile zu entwickeln und z. B. den Ehrgeiz oder die ethische Affektivität an Stelle zerstörten erotischen Glückes zu fördern. Die Familienruinen des Krieges werden zu solcher Arbeit überreichlich Gelegenheit geben. Besonders müssen auch oft allerlei halbbewußte Fixierungen an die Kindheit und ihre Götter, an die Familie und ihre Enge mit Takt und Kritik gelöst werden, wenn ihr Einfluß dem Erlebenden schädlich ist und lebenshemmend wirkt. Mehr prophylaktische Fürsorge erfordern die gestauten Affekte; wer im Berufe nie ein starkes Wort gebraucht oder sich sonst zur Geltung bringt, wird die gestauten Affekte leicht in der Familie am falschen Platze austoben lassen, wenn er überhaupt affektiv erregbar ist. Es muß dann nach Möglichkeit die Gelegenheit zur Stauung im Berufe ausgeschaltet und in der Familie einiges Verständnis für diese meist kurz dauernden und harmlosen Nachexplosionen geschaffen werden. Ebenso umgekehrt. Zeiteinteilung und Vermeidung verstärkender Spannung durch Widerspruch oder Erhöhung der affektiven Ladung durch körperliches Mißbehagen können in solchen Fällen ganz Überraschendes leisten. Dem widerspricht nicht, daß derselbe Kranke zur Hemmung seiner Affekte und zur Gewöhnung an ihren Ablauf erzogen werden kann, bald mehr direkt psychagog, bald mehr indirekt analytisch. So greifen diese Mechanismen im praktischen Falle meist ineinander und verschränken ihre Wirkungen übereinander; trotzdem muß prinzipiell Klarheit über ihre Unterschiede herrschen.

Hat so Untersuchung und Behandlung einiges Licht in die Zusammenhänge gebracht, so schält sich in manchen Fällen aus Emotion und Affekt etwas grundlegend Neues heraus, das zu den interessantesten Aufgaben des Psychotherapeuten gehört. Der Überblick über die Gesamtheit der Beobachtung zeigt nämlich, daß die „affektive Störung" nicht eine mehr oder minder krankhafte Schwankung war, sondern daß eine *„affektive Entwicklung"* vor sich gegangen ist. Sie ist gekennzeichnet durch ihre Eigenart als Aus-

gangspunkt dauernder Wandlung der Persönlichkeit und sinngemäße Einordnung in die Lebenslinie im Gegensatze zu einfachen affektiven Schwankung oder der konstitutionellen Wiederholung dispositionell vorbereiteter Reaktionen, die wohl die individuelle Sonderheit des Betroffenen charakteristisch hervortreten lassen, aber vom Standpunkte der Persönlichkeitsgestaltung aus nur indirekt bedeutsam sind. Dagegen geht aus der affektiven Entwicklung der Erlebende tiefgreifend verändert hervor, ähnlich, wie aus einem körperlichen Reifungs- oder Verwelkungsprozeß oder einer Geistesstörung. Man kann in manchen Fällen vom „Ausstoßen von Gärstoffen", man kann von „Lösung unbewußter Bindungen" usw. sprechen; es ist das, wenn nicht besonders eingehende individuell-psychologische Beobachtung in der kritischen Zeit vorlagen oder eine besonders geschulte Selbstbeobachtung, meist kaum mehr, als ein Bild. Die sachliche Beratung in solchen Krisen kann lebensrettend und schicksalsbestimmend wirken. Hier soll die affektive Entwicklung nur genannt und als Sonderbeobachtung hervorgehoben werden.

Damit sind die Hauptgesichtspunkte für die psychotherapeutische Beratung affektiver Störungen gegeben. Sie reichen auch für die Beratung der häufigen Störungen des Sexuallebens aus, deren Bedeutung und Umfang bekanntlich von psychoanalytischer Seite bedauerlich überschätzt wird. Die „sexuelle Frage" ist ethisch und sozial für die Mehrzahl Sensibeler und Triebbegabter unlöslich; nur zeitweise wird es dem Sensibelen vergönnt sein, sexuell „ausgeglichen" zu sein. So verdienstvoll die Blickschärfung für larvierte Störungen der Sexualität und die Forträumung törichter Vogelstraußpolitik durch die Psychoanalyse ist, so sehr muß gegen die einseitige Gleichsetzung von Sexualität und Lebenskraft protestiert werden, von mythischer Umdeutung halb- und unterbewußter Produkte zu schweigen. In der großen Mehrzahl der Fälle wird eine sachgemäße Anleitung zur Disziplinierung mehr leisten, als monatelanges Wühlen im Schutt der Vergangenheit und das Hereinzerren einer symbolischen, unklaren „Libido" in die Probleme des Lebenskampfes. Dagegen sollen Fälle mit ausgesprochen psychosexuellen Störungen, deren psychogene, erworbene Entstehung schon aus der Art des Leidens deutlich ist, einer kritischen, psychologischen Analyse nicht vorenthalten werden. Es sei an den Fall psychogener Impotenz aus unterbewußtem Ekel (S. 212) erinnert und ein Fall von Masochismus kurz beigefügt.

Der 38jährige Rittmeister v. K. hat Bedenken, zu heiraten, da er nur fähig ist, geschlechtlich zu verkehren, wenn dem Akte eine Rutenzüchtigung auf den nackten Körper vorangeht. Unter diesen Umständen ist er voll und mit Genuß potent. Er selbst gibt an, daß er schon lange vor seinem Schuleintritt sich nachts durch schaukelnde Bewegungen im Bette bei Bauchlage erregt, dabei Erektionen bekommen und ein dumpfes Schuldgefühl gehabt habe. Dabei habe er schon immer die Vorstellung einer Rutenzüchtigung wachgerufen, die auch in seinen Träumen häufig war. Durch die Pubertätszeit blieb er ein mäßiger Onanist; als Leutnant war er mehrfach mit sympathischen Mädchen zusammen, auch entkleidet im Bette, ohne sexuell erregt zu werden. Er wagte nicht seinen Wunsch nach masochistischen Reizungen zu gestehen, bis ein Verhältnis eines älteren Kameraden von selbst darauf kam. Er war sofort sehr leistungsfähig und befriedigt. Stärkere Schmerzreize stören ihn; es braucht nur die erregende Situation „Kind" zu sein. Sein eigenartiges Sexualleben bewahrte ihn vor Infektionen, da er nur selten genügendes Verständnis fand. Körperlich besteht regelrechter Befund. v. K. ist kräftig, durchaus männlich, frei von schweren Degenerationszeichen. Seelisch etwas sehr eindrucksfähig, weich, dabei reizbar, energisch und intelligent. Bis auf eine leichte Neigung zur endogenen Verstimmungen ist seelisch nichts Krankhaftes nachweisbar. Die nähere Besprechung der Anomalie förderte noch einiges Material; so regte es ihn besonders auf, übers Knie gelegt, und in Kleidern, aber entblößt, gezüchtigt zu werden. Die Frauen mußten energisch und sympathisch sein, ein bestimmter körperlicher Typus wurde nicht bevorzugt. Weiter wirkten rote Samtmöbel exzitierend bei den Szenen. In Leichthypnose zur passiven Selbstbeobachtung angeleitet, durchläuft v. K. eine Reihe erotischer Reminiszenzen, um dann plötzlich mit deutlichem Erstaunen Kindheitsszenen zu produzieren, alle im typischen, psychokatharthischen Präsens des Erlebens. Er war damals von seiner mit einem wenig sexuell aktiven älteren Manne verheirateten, sehr energischen und offenbar recht temperamentvollen Mutter häufig in ein bestimmtes rotes Zimmer abgeführt und in der beschriebenen Weise gezüchtigt worden. Zu seiner Mutter stand er in früher Kindheit äußerst zärtlich und überhäufte sie mit Kosenamen, ein Verhalten, daß etwa im 7.—8. Jahre völlig ins Gegenteil umschlug. Er onanierte damals ziemlich viel, quälte sich mit Selbstvorwürfen und fand bei der geliebten Mutter trotz wiederholter Geständnisversuche seinerseits keinerlei Verständnis und Zuspruch. Die Feindschaft der Mutter gegenüber blieb

bis in den Ausgang der zwanziger Jahre bestehen, wo sie einer Indifferenz Platz machte. So bestätigte der durch keinerlei falsche Sachkenntnis beeinflußte und suggestiv freie Kranke bald die Vermutung einer affektiven Fixierung an ein Kindheitsideal. Die seelische Bearbeitung und Lösung dieses Falles ließ aus der allmächtigen „Perversität" eine nur noch gelegentlich geschätzte Spielerei werden; v. K. wurde sexuell ganz normal.

Das Beispiel zeigt sehr schön die Bedeutung affektiver Störungen auf dem Gebiet der Sexualität; es ließe sich leicht durch ähnliche vervielfältigen. Nur bei echter Homosexualität ist mir irgendeine wesentliche Beeinflussung nie gelungen.

Die Psychotherapie affektiver Störungen wird fast bei jeder längeren psychotherapeutischen Arbeit ihr Recht verlangen; gegenüber dem psychologisch verständlichen, psychogenetischen Zusammenhängen dürfen allgemeine Eigenheiten der Affekte, z. B. ihre Ermüdbarkeit, die zum Reizhunger führt, die nahen Beziehungen zum Phantasieleben u. v. a. m. nicht übersehen werden; das Ziel der Psychotherapie der Affektsstörungen als Ganzes wird immer sein, aus dem unsicher bewegten Affektmenschen einen affektiven Willensmenschen zu machen und seine Motive so zu differenzieren, daß ihm, wie dem aus Urteilen zielsetzenden intellektuellen Willensmenschen der Lebensweg und die Persönlichkeitsentwicklung frei wird. So folgt der reinen Psychotherapie der affektiven Störungen eine systematische Anleitung zur Differenzierung der Motive.

10. Denkstörungen.

Wenn hier einige Winke für die Psychotherapie von Denkstörungen gegeben werden sollen, so muß vor allen Dingen wieder betont werden, daß damit niemals die Aufgabe gemeint sein kann, eine Psychologie der Denkstörungen zu geben, was um so schwerer wäre, als selbst zur wissenschaftlichen Psychologie des normalen Denkens kaum mehr als die ersten Ansätze geschaffen sind; es kann hier vielmehr nur an der Hand einfacher Beispiele einiges Allerwichtigstes und psychotherapeutisch Alleralltäglichstes erörtert werden. Die psychologische Orientierung stellte das Denken auf die aktive Seite der einzeitigen Bewußtheit und in einem gewissen Gegensatz zum mechanisch-mnemischen Vorstellungsmaterial; trotzdem ist dessen Intaktheit selbstverständlich Voraussetzung des regelrechten Denkens. Andererseits muß der kritische Psychotherapeut den Fehler einseitig doktrinärer Wachpsychotherapeuten

wohl kennen, seine Kranken unterschiedslos nach intellektualistischem Schema zu bearbeiten und in oder hinter jeder Neurose mangelnde Einsicht zu suchen. Als wäre etwa das Kleben vieler Psychopathen am lieben Ich, ihre Egozentrizität, ein Denkfehler; damit ist nur ein Teil dieser Eigenart getroffen, die weit mehr willens- und affektmäßig zu verstehen ist und zu voller Würdigung eine Persönlichkeitsanalyse verlangt.

Störungen des Denkens auf Grund von primitiven Ausfällen entstehen, wie bereits an Beispielen demonstriert, aus affektiven Gründen, z. B. unter dem Einfluß der „affektiven Einengung". Während hier der an und für sich regelläufige Denkakt falsch orientiert wird, lassen Störungen der Merkfähigkeit, des Gedächtnisses und des Vorstellungsablaufes grobe Denkfehler entstehen; besonders ist hier die Rolle zu erwähnen, die Beschleunigung und Hemmung des Vorstellungsablaufes für das Denken spielen. Infolge übermäßig zu- und abströmender Vorstellungen wird das Denken oberflächlich. Es bekommt „geistreichen" Anstrich durch überraschende Verbindungen, aber es leidet an Konsequenz. Dagegen kämpft das Denken bei gehemmtem Vorstellungsablauf mit der unendlichen Erschwerung einer Materialverarmung und erschwerter Verknüpfung; es wird langsam, klebend und eingeschränkt. Diese Veränderungen sind um so deutlicher und empfindlicher, als die Veränderung des Vorstellungsablaufes meist mit entsprechender Hebung oder Senkung der Stimmungslage eingesetzt, am ausgesprochensten beim eigentlich manisch-depressiven Irresein, so daß die Beeinträchtigung des Denkens doppelt stark wird. In schweren Fällen nimmt das Denken als solches an der Veränderung Teil. So wird manche „Denkstörung" durch Psychotherapie affektiver Störungen anzugreifen sein.

Bei anderen Zuständen ist die Zielsicherheit und Konsequenz des Denkens gestört; so besonders bei neurasthenischen und psychasthenischen Leiden. Hier wird meist indirekt Psychotherapie am Platz sein, besonders allgemein hygienische und individuell-psychisch-hygienische Maßnahmen. Störungen des Denkens durch Überwuchern einzelner Gebilde, sogenannte überwertige Ideen sind bald mehr affektiv, bald mehr allgemein psychotherapeutisch anzugreifen. Wie endlich von den eigentlich affektiven Störungen die rein krankhaften unverständlichen Pseudoaffekte bei Körper- und Gehirnkranken abzugrenzen waren, wo die Psychotherapie sich auf eine Krüppelfürsorge und Ausnutzung der Reste beschränken muß, ohne an die Störungen selbst heran zu können, so sind auch die

durch echte Geisteskrankheit gesetzten Denkstörungen, insbesondere das charakteristische, dem Normalen völlig sinnlose und nie einfühlbare Denken der Schizophrenen psychotherapeutisch unangreifbar, genau entsprechend den schweren affektiven Störungen bei dieser furchtbaren Erkrankung. Wie weit diese Welt von den Grundvoraussetzungen jeder Psychotherapie: „Einsicht und Bildsamkeit" entfernt ist, zeigt am besten der „Brief" eines solchen Kranken aus Bleulers „Psychiatrie":

> „Zentraleuropa und Zentraleuropaaera Nr. 3258 Eernst Gisler Trauungg auch dder Schlüsel ddurch Herr Pfarrer Dr. Studer Kaiser DDes Titt. Standdenbank pprr p 96 oder Postbrief 3 vvia Kaiserlichen und Königlichen auch Kaiserlich Königlichen Gewerbes Titt, Rheinau. Mo work Badd ggut 3/8 Herr dr. hc. 30/7 Bern 27/7 DD 18/7 kurz 30/7 3/8 Aa 1906 Datum. Sssie Zahlen geegen Voorweisen eeines Billetes Frkn Achttausendt in Banknotenn auch Titt. Berner Kantonalbank in Bern oder B.K.B. Frkn 8ooo baar Bestände a Zehn Prozente Frkn 8.8oo ieddenfals Frkn 8oo maal Zehn a' Eeilf." Das Schriftstück will sagen: Wir Kaiser von Zentraleuropa, E. . . . . ., No. 3251, getraut mit Frl. Gisler (wobei zugleich das Recht auf Freiheit geleistet wurde), Inhaber und Herrscher über die Bank, durch welche wir mittels Postanweisungen unsere Bedürfnisse erhalten, und des Gewerbes in Rheinau, erlassen folgenden Befehl: Sie oder die Berner Kantonalbank zahlen gegen Vorweisen eines Billets Fr. 8ooo in bar, mit 10 Proz. . . . ."

Ebenso machtlos ist die Psychotherapie gegenüber dem umständlichen und eingeengten Denken des Epileptikers und anderen Denkstörungen eigentlich Geisteskranker, z. B. den echten Wahnbildungen. Um so dankbarer sind psychotherapeutisch eigenartige Denkstörungen, die als Symptom depressiver Verstimmung oder als Vertreter depressiver Phasen bei Manisch-Depressiven bereits im vorhergehenden Kapitel kurz Erörterung fanden, die ungemein häufigen Zustände von Zwangsdenken, namentlich in der konstitutionellen, nicht mit depressiven Störungen einhergehenden Form. Charakterisiert wird das Zwangsdenken, wie alle Zwangserscheinungen dadurch, daß der prima vista intakten Persönlichkeit Einfälle kommen, die sogleich als sinnlos erkannt werden, aber von Erlebenden nicht abgewiesen werden können. Neben reinen Obsessionen, wie im Falle E. des vorhergehenden Kapitels, entwickeln sich seltsam abergläubisch anmutende Riten. Es muß z. B. dreimal an jede Laterne getreten werden, sonst passiert ein Unglück, und diese Handlung muß absolviert werden, sonst befällt den Kranken schwere Angst und Unruhe, die erst nach Er-

ledigung des Geheimkultus schwindet. Allerlei Zahlen, Namen, Symbole erhalten seltsame Bedeutung, so daß das ausgeprägte Bild zunächst an Unverständlichkeit einer Psychose nahesteht. Ganz anders ist aber die Stellung des Kranken. Er ist sich der Unsinnigkeit klar bewußt, ja er hat schamhafte Schwierigkeiten zu bekämpfen, über „all den Unsinn, der doch unmöglich interessieren kann", überhaupt zu reden. Nur ganz gelegentlich verrät eine kurze Frage, daß die Ansicht, es seien diese Dinge Sinnlosigkeiten, doch im Grenzgebiet nach Aberglauben und Zahlenmystik hin etwas schwankend ist. Je nach der Geschlossenheit der Persönlichkeit können die Zwangserscheinungen willkürlich unterdrückt und abgetan werden oder sie beherrschen den Befallenen widerstandslos. Um so mehr, wenn er anfängt, ernstlich an seiner geistigen Gesundheit zu zweifeln. Bei primitiven Kranken dieser Art leistet Peruasion und Hypnose viel Gutes. Gebildete verlangen im allgemeinen mehr. Es sei darum gestattet, die Kranken- und Behandlungsgeschichte eines solchen Falles etwas ausführlicher zu geben.

Der 20jährige Avantageur v. A. stammt mütterlicherseits aus sehr alter, väterlicherseits aus jüngerer Familie. Als er 1 Jahr alt war, starb seine Mutter und ließ ihn mit einer 2 Jahre älteren Schwester zurück. Als er $1^1/_2$ Jahre alt war, heiratete sein Vater aufs neue. A. war körperlich bis auf eine Diphtherie im Alter von 3—4 Jahren gesund. Die Todesursache seiner ersten Mutter ist ihm unbekannt. Körperlich zeigte A. mit 20 Jahren recht infantilen Habitus, etwas sehr weiche Körperformen, trotz dunkler Haarfarbe kaum Schnurrbartbildung. Sein Wesen war recht unreif, daneben altklug. Er kombinierte sehr gewandt und beobachtete seine Umgebung gut, aber alles von einem eigentlich kindlichen Niveau aus, wodurch seine Urteile bald anspruchsvoll, bald unzulänglich wirkten; bei übermittlerer abstrakt-intellektueller Begabung war wenig praktischer Lebenssinn vorhanden; sein Geldwirtschaften war sorglos, wenn auch nicht leichtsinnig, seine Selbsteinschätzung eine jugendlich gehobene. A. war wenig ausdauernd in Vorsätzen und Betätigungen, starker Gefühls- und Phantasiemensch und geneigt, sich von der Realität zurückzuziehen. Er konsultierte den Arzt, da er „an Zwangsvorstellungen" leide und darum schon verschiedentlich allgemein- und fachärztliche Hilfe aufgesucht habe.

Über die Angehörigen des Kranken war wenig zu erfahren; der Vater ein übertrieben korrekter, etwas weichlich besorgter Mensch, daneben im täglichen Leben tolerant, stand in leitender

Stellung, die er gut ausfüllte. In seiner Familie waren eine Reihe eigenartiger Persönlichkeiten, aber keine eigentlichen Geistesstörungen nachweisbar. Die Mutter stammte aus einer uralten, aber gleichfalls von anstaltsbedürftigen Geistesstörungen freien Aristokratenfamilie. Auch körperliche Erkrankungen von Belang konnten in der Familie nicht nachgewiesen werden.

v. A. klagte über die verschiedenartigsten Zwangserscheinungen. Namentlich mußte er bestimmte Dinge mehrfach, z. B. dreimal tun, so daß er z. B. das Theater verließ, um die versäumten zwei Male aus dem Hause zu gehen. Bestimmte Zahlen mußten gemieden werden, so daß er oft lange Zeit das Licht abends ausdrehte und wieder anknipste, um sicher an bestimmten Zahlen vorbeizukommen. Dauernd beherrschte ihn die Sorge, „einen Herzschlag zu bekommen" oder zu erblinden. Teils darum, teils überhaupt quälte ihn jeder Aufenthalt im Dunklen, da er stets fürchtete, inzwischen erblindet zu sein. Aus demselben Grund zündete er stets Licht an, wenn er mit der Bahn durch einen Tunnel fuhr. In diese und zahlreiche ähnliche Zwangsreaktionen hatte sich v. A. so eingelebt, daß er den entsprechenden Ritus oft ganz mechanisch — „instinktiv", wie er es in der Selbstschilderung ausdrückt — vornahm; zu anderen Zeiten nahmen ihn einzelne Zwangsdenk- und Handlungsvorgänge so in Anspruch, daß er für halbe Stunden ganz absorbiert war. Die Behandlung bestand in Hemmungsübungen und Aufklärung; er wurde angeleitet, sich öfter bewußt und absichtlich aus einem Zusammenhange, z. B. dem eines Buches, zu reißen und auf ein anderes einzustellen. Hypnotische Behandlung fand nicht statt, ebensowenig irgendeine larvierte oder indirekte Psychotherapie. Dagegen wurde alles sich spontan, besonders in passiver Selbstregistrierung bietende psychische Material mit dem Kranken eingehend verarbeitet und psychogenetisch untersucht. Die Selbstschilderungen des Kranken, deren chronologischem Gange im folgenden nachgegangen werden soll, geben ein anschauliches Bild von einer solchen Arbeit. —

Die Vorbesprechung ergab, daß v. A. unter sehr eigenartigen Familienverhältnissen aufwuchs. Da er beim Tode seiner ersten Mutter etwa 1 Jahr alt war, wurde ihm, im Gegensatz zu seiner 2 Jahre älteren Schwester, nie mitgeteilt, daß die jetzige Frau seines Vaters nicht seine richtige Mutter sei. Es fiel ihm auch bewußt nicht auf, daß ein Bild seiner ersten Mutter an der Wand hing; erst mit 16 Jahren stellte er bewußt fest, daß in einer ausliegenden Familienbibel als Hochzeitsdatum der Eltern das Jahr

nach seiner Geburt angegeben war. Zur selben Zeit hörte er von Dienstmädchen allerlei Redensarten über „Stiefmutter“ u. dgl. Sobald seine zweite Mutter aber versuchte, das Gespräch auf diesen Punkt zu bringen, lenkte er ab und bestärkte seine Eltern in der Ansicht, daß er die zweite Mutter für seine Mutter halte. Immerhin war ihm schon früher aufgefallen, daß bei Ausflügen zum Friedhofe seine Schwester miteintreten durfte, während man ihn draußen ließ, doch wurde ihm all das erst im 16. Lebensjahre bewußt klar. Niemals sprach er sich mit seiner Schwester über diese Punkte aus, obwohl er sich sonst trotz gelegentlichen Kleinkrieges gut mit ihr verstand. Als Kriegsfreiwilliger trat er ins Heer; in seinem Soldbuche stand hinter dem Namen seiner zweiten Mutter „Stiefmutter“. Er ließ das Soldbuch liegen, nahm es aber fort, als die Mutter es öffnen wollte. Erst bei einem Zusammentreffen mit seinem Vater in einem Lazarett kam es dadurch zu einer Aussprache, daß der Vater ihm auf den Kopf zusagte, er wisse Bescheid. Er war überrumpelt und bejahte, worauf der Vater ihm verschiedene Einzelheiten erzählte und die Stiefmutter ihm schrieb. Sehr interessant war seine Einstellung der Stiefmutter gegenüber; diese, eine energische, intelligente Frau vertrat dem bequemeren Gatten gegenüber das pädagogische Element. Außerdem bestand zwischen v. A. und seiner Stiefmutter eine ganz besondere Zärtlichkeit. Er kam bis zum 12. Lebensjahre abends zu ihr ins Bett, konnte sich in Zärtlichkeiten nicht genug tun und „vergaß“ dann oft den Vater so, daß er versäumte, ihm Gute Nacht zu wünschen, worüber er sich nachher Vorwürfe machte. In Zärtlichkeitsworten der Mutter gegenüber war er sehr erfinderisch, mied aber die Anrede „Mutter“ von jeher. Die eigentümlich kokettierende Art im Verkehr mit seiner Stiefmutter geht aus allerlei kleinen Einzelheiten deutlichst hervor. So konnte er der Mutter lange helfen den Hutschleier umzutun und bildete dabei allerlei neue Worte. Er fragte, ob sie den Schleier „angenehmstet“ oder „umgeduhstet“ habe. Während freies Assozieren von „angenehmstet“ auf „angenehm“ führte, schloß an „umgeduhstet“, „duhsten“ . ., pusten . ., hauchartiger, dünner Hüftenschleier von Frauen aus einem Kindermärchenbuche . . ., daß man durchsehen kann.“ Wenn er mit seiner Mutter kokettierte, ließ er die linke Schulter hängen und hielt den Kopf schief. Auch jetzt, als 20jähriger, fällt er unbewußt in die Stellung, die völlig derjenigen der einen Putte von der Sixtina entspricht. Damals trug er lange blonde Locken. Stundenlang konnte er als Kind eigenartige Hand-

bewegungen vollführen und dazu singen. Die Schulleistungen waren glatt. Er hatte stets Freunde, mit denen er sich gut verstand, war munter und leistungsfähig. Zeitig, etwa mit 6—7 Jahren, begann er zu onanieren, ohne sich über sein Tun klar zu sein; er unterließ es auf Grund von Konversationslexikonlektüre, um mit etwa 10—12 Jahren rückfällig zu werden. In dieser nun ganz bewußten Masturbationszeit hatte er viel mit Selbstvorwürfen und allerlei phantastischer Krankheitsangst zu kämpfen. In der Gymnasialzeit hatte er zahlreiche Pennälerliebschaften, ohne daß es zum Geschlechtsverkehr gekommen wäre. Er neigte sehr zum Ekel, hatte bisher noch nicht Geschlechtsverkehr gehabt.

Sitzung 1. Angewiesen, sich passiv ohne bestimmtes Ziel auf die mechanisch ablaufenden Vorstellungen einzustellen, produziert Patient klare und unklare „Bilder", wie die folgenden:

1. „Unklares Bild".

I. Ich bin in einem Zimmer, in dessen Mitte ein Tisch (wie der Tisch in unserem Speisezimmer) steht. Nebenan ist ein Zimmer, zu dem eine Schiebetür, die offen steht (wie wir sie in vielen Wohnungen hatten) führt. Das Zimmer nebenan ist dunkel, während eine Art Gaslicht in dem Zimmer, in dem ich mich aufhalte, ist. Aus dem dunklen Zimmer kommt ein großer, dunkler Mann mit einem Leierkasten, vor dem ich mich sehr fürchte, von Zeit zu Zeit heraus. In dem hellen Zimmer befindet sich wohl noch eine helle Gestalt, zu der ich, aber nur in Gedanken, flüchte. Außerdem kommt es mir vor, als ob ich mich auf den Teppich lege, ebenso wie der dunkle Mann.

II. Ich sitze auf dem Arm einer Frau, die badet, und zwar in einem Bassin, wie mir scheint. Auf dem Arm einer etwas älteren, dunklen Frau ist meine Schwester. Ich werde nun von der Frau aufgefordert, mit der einen Hand ins Wasser zu fassen, was mich ängstigt. Als ich das nicht tue, taucht die Frau etwas tiefer ins Wasser, so daß ich bis zur Brust im Wasser bin, wobei ich entsetzlich schreie.

III. Ich sehe etwas auf einer Art Bühne, und zwar ist es ein braun angezogener, schlanker und großer Mann, mit einer spitzen, ebenfalls braunen Mütze. Er hat einen langen, weißgrauen Bart und macht einen sympathischen und gutmütigen Eindruck. Dieser Mann ist der Schützer zweier Kinder und heißt für mich „Sandmännchen". Die Kinder werden von einem Riesen verfolgt, vor dem sie das „Sandmännchen" schützt. Zwischen dem Riesen und den drei anderen entsteht ein Erdspalt, aus dem Feuer kommt,

das den Riesen an der Verfolgung hindert. Doch schläft das „Sandmännchen" ein, und ich bin in Furcht für die Kinder.

Vielleicht ist das Bild aus einem Weihnachtsmärchen, doch muß es mindestens 16 Jahre alt sein. Auch bin ich hierbei nur als Zuschauer, nicht aktiv beteiligt.

VI. Ich werde von meinem Vater auf dem Arme an ein Bett getragen, in dem eine Frau liegt. Sie muß wohl krank sein, denn es ist taghell im Zimmer. Ich soll der Kranken die Hand geben, wehre mich und schreie.

2. „Klares Bild".

XI. Sitze auf dem Holzgestell eines riesigen Schaukelpferdes und singe ein Lied über Fische, wozu ich komische Bewegungen mit den Händen mache.

XII. Meine Schwester und ich sehen heimlich durchs Schlüsselloch in das Zimmer, wo Weihnachtsvorbereitungen getroffen werden.

Anschließend kommt v. A. auf seine Erblindungsangst zu sprechen. Er habe immer nachts heimlich den Flur zum elterlichen Schlafzimmer erleuchtet, um die Dunkelheit zu vertreiben. Seine Mutter sei jeden Abend zum Beten gekommen; dies sei eines Abends unterblieben, da habe er im Alter von ca. 6 Jahren „die ganze Nacht" nicht geschlafen und die Mutter am nächsten Abend, als sie zum Beten kam, mit der seltsamen Begrüßung empfangen: „Hertha (des Kranken Schwester) sagt, es gibt keinen Storch." (Ein schönes Beispiel kindlicher Rache gegen Vernachlässigung, da er als frühreifer Psychopath genau fühlte, er werde die Mutter durch diese Wendung schokieren). Nun auf Erblindung eingestellt, produziert v. A.: „Lieber möchte ich tot sein, als blind, denn wer blind ist, kann niemand mehr sehen und das Sehen ist das schönste" (man beachte die Neigung v. A.s zu schauspielerischem sich Darstellen, z. B. als Raphael-Putte, also zum „Gesehenwerden"!). Auf dem Gymnasium sagte der Lehrer einmal, es gäbe Leute, wo alles Körperliche in Ordnung sei, die aber doch nicht sehen könnten, man nenne sie seelenblind. Er habe Angst gehabt, sich durch Onanieren ein Rückenmarkleiden zuzuziehen und aus Meyers Lexikon erfahren, daß bei diesem Leiden Erblindung vorkomme, mindestens oft Sehstörungen. Er sei darum jedesmal nach der Masturbation überzeugt gewesen, schlechter zu sehen und zum Arzt gelaufen. Patient wird über den Selbstvorwurfscharakter dieser Phobie aufgeklärt, ferner über einige angrenzende Punkte der Sexualhygiene und über seine irrige Auffassung der „Seelenblindheit".

Sitzung 2. Klare Erinnerungen.

I. Meine Eltern, meine Schwester und ich fahren in einer Droschke durch Charlottenburg. Es war Ostern, und meine Schwester und ich haben eine Kaninchenatrappe und eine Hasenatrappe von ziemlicher Größe bekommen. Wir freuen uns beide nicht so sehr wegen der Geschenke, als weil wir annehmen, die vorübergehenden Menschen dächten, wir hätten lebende Tiere im Arm, was sie natürlich gar nicht tun.

II. Ebenfalls in Berlin bei einem Onkel, der mich in seine Weste Zehnpfennigstücke werfen läßt, wofür er Schokolade aus dem Ärmel fallen läßt.

III. Während meiner Diphtheritis. Es ist Weinachten. Meine Mutter hebt mich aus dem Bett und läßt mich einmal mit dem Fuß eine Luftschaukel in Schwung setzen.

Ich habe am Bett einen kleinen Verkaufsladen, aus dem ich der grauen Schwester ein aus Stein gemachtes Brot verkaufe.

IV. Bin im Unterricht bei dem verstorbenen Lehrer Sch....., der mir eine Sage erzählen will über das Kreuz auf dem Dach eines Klosters und vom Klingeln unterbrochen wird.

V. In Berlin. Mein Vater geht mit mir, ohne Wissen meiner Mutter, zu Haby, wo mir meine Locken abgeschnitten werden, was meine Mutter später sehr ärgert.

VI. In unserer Wohnung am Holzmarkt. Ich hatte mich mit meiner Mutter gezankt. Vor dem Ausgehen ruft mich meine Mutter nochmals zurück und sagt, ich könne ja doch so nicht weggehen, das wisse sie, worauf eine wehmütige Versöhnung folgt.

VII. Ich wache eines Morgens um 7 Uhr auf und höre, daß unser Geschäft brennt. Meine Eltern sind schon nachts an die Brandstelle gegangen. Das war mir rasend interessant, und ich war enttäuscht, als bei meinem Hingehen keine helle Flamme mehr zu sehen ist.

VIII. Sylvesternacht. Ich bekomme „Herzschlag" und Prügel.

IX. Weihnachten. Ich bekomme Soldaten und nehme Vater aus Versehen ein Geschenk, das er mir auch überläßt, worüber ich sehr weine.

XI. Sitze auf dem Holzgestell eines riesigen Schaukelpferdes und singe ein Lied über Fische, wozu ich komische Bewegungen mit den Händen mache.

XV. Ich gehe mit einem Freunde über den Schulhof. Plötzlich dreht sich alles vor meinen Augen und wir wird unwohl; dann erinnere ich mich, wie ich im Kartenzimmer sitze und mir die

einzelnen Lehrer in den Kopf gucken. Einer sagt: „Den haben sie gut zugerichtet." Darauf werde ich verbunden und nach Hause gebracht. Ich frage den Direktor: „Werde ich fehlen müssen?" —

Dann kommt der Arzt nach Hause und näht. Es tat sehr weh. Meine Mutter hält mich fest.

XVI. Ich bin in Quinta, während einer Rechenarbeit. Ganz unbewußt, daß es verboten ist, sehe ich zu meinem Nachbar ins Heft und sage noch: „Was kommt raus?" Prof. D..... sieht es, ich muß mein Heft zumachen, bekomme eine 5 und 2 Stunden Arrest. Ich lüge später, mein Nachbar hätte etwas auf sein Löschblatt geschrieben gehabt, und ich wollte das nur lesen.

v. A. schließt spontan an VIII an. Er habe Sylvester abends allein gelegen und sei zunehmend ängstlich geworden. Habe dann das Mädchen alarmiert, die mit der Botschaft, der Junge habe „Herzschlag" die Eltern zurückholte. Patient erhielt Prügel von der Mutter und schlief sofort ein. Produziert daran anschließend erotisches Material von seiner Schwester und sich. Alle diese alten Materialien erschienen ohne Hinlenkung, größtenteils überraschend, aber sofort überzeugend und „echt". Von irgendeiner kombinatorischen oder speziell leitenden Beeinflussung wurde rigoros abgesehen und nur dafür gesorgt, daß die Hemmungen ausgeschaltet wurden.

Sitzung 3. v. A. erzählt, er erlebe und erlebte öfter ganz eigentümliche „Gefühle in der rechten Hand". Wenn er Daumen und Zeigefinger spreize, habe er das Gefühl, als sei ein weiter Raum dazwischen, „200 Meter und mehr". Dies „Gefühl" komme nur im Dunkeln und unter der Bettdecke (!). Es wird von jeder Analyse abgesehen und v. A. weiter zum Produzieren von Material angewiesen.

XVII. Ich entsinne mich, daß ich ganz früher abends im Bett meine Zehen zählte, ob ich nicht eine zu wenig hätte. Als ich meiner Schwester das erzählte, meint sie, sie habe immer Angst, eine sechste Zehe zu bekommen.

XVIII. Eine Zärtlichkeitsbezeugung gegen meine Mutter war, daß ich ihre Wangen oft leise klatschte, was ich „tätscheln" nannte.

XIX. Traum vom 19./20. Jan. Herr Doktor besucht uns in ..... Erst sucht er meinen Vater auf und verständigt sich sehr gut mit ihm. Zu Hause gerät er mit meiner Mutter in Widerspruch. Dann besucht Herr Doktor meine Großmutter, in deren Wohnung zufällig Dr. N..... (Hausarzt) am Ofen steht. Herr Doktor sagt „Guten Morgen, Herr Doktor."

Meine Großmutter liegt auf dem Sopfa und weint, ihr Vater sei gestorben und sie sei die einzige Tochter. Meine Beruhigung, er sei doch über 100 Jahre alt geworden (?), hilft nichts.

Besonders hinzuweisen ist auf XVII; es handelt sich um einen primitiv angedeuteten vom Patienten nicht verstandenen Nachtrag zu dem Material der vorigen Sitzung. Im Traum (XIX) sucht der Kranke den behandelnden Arzt in den ihm überwertigen Familienkreis einzugliedern und gibt ihm eine ähnliche Einstellung, wie er sie jetzt selber hat. Er erzählt anschließend von einem Gewohnheitstraum, in dem er von einem übermächtigen Gespenst verfolgt werde, das er dann anschreie, obwohl er sich fürchte. Sobald er von einem Zanke träume, endige der Traum mit einem Zanke mit seiner Mutter, was ihm unklar sei (vgl. oben VI).

Sitzung 4. XX. Ich habe Mittelohrentzündung. Mein Onkel hält mich auf dem Schoß. Um mich von dem Messer abzulenken, sagt er, ich solle in die Lampe sehen, da sei ein Spiegel. In dem Moment wird geschnitten.

Mein Vater rennt dieweil unruhig in der Hinterwohnung herum und hält sich die Ohren zu. Von Zeit zu Zeit guckt er herein und fragt, ob es schon vorbei sei. Dann schickt meine Mutter ihn begütigend fort. Ich glaube, mein Vater hat mehr ausgehalten als ich (wird szenisch-lebhaft, psychokathartisch erlebt).

Sitzung 5. XXI. Ich entsinne mich, oft denselben Traum gehabt zu haben: Ich fliege eine Treppe herunter, gleichsam schwebend.

Einmal suchte ich etwas unter meinem Schrank und holte eine tote Maus hervor, wonach ich mindestens 15 Minuten zitterte.

XXII. Ich hatte früher die Angewohnheit die Lippe hängen zu lassen, wenn ich schmollte, worauf mich meine Mutter immer mit einem Onkel verglich, was mich sehr ärgerte.

XXXIII. Wenn ich in einem Zimmer eingeschlossen wurde, konnte ich rasend vor Angst werden. Nur, wenn die Möglichkeit eines Herausspringens gegeben war, wie z. B. ein Fenster, auch wenn es noch so hoch war, konnte ich ruhig sein.

Der in XXII erwähnte Onkel war in der Familie wenig geschätzt.

v. A. bringt allerlei allgemeine Fragen über Belastung und Nervosität zur Sprache.

Sitzung 6. XXIV. Mit einem Freund phantasierte ich lange in einem neugebildeten Weltteil herum.

Schilderung phantastischer Knabenspiele mit reichlichen Wortbildungen; so eine ganze Eigensprache und allerlei Zahlenspielereien. Die Entwicklung führte den Freund und den Kranken auseinander.

Sitzung 7. XXV. Mit meinem Freunde ging ich einmal in unseren Keller, um eine Blitzlichtaufnahme zu machen. Der Keller hatte kein einziges Fester. Das Hallen und die dumpfe Luft ist mir schon an und für sich unsympathisch. Nach der Aufnahme löschte mein Freund das Licht mutwillig aus, und wir waren im Dunklen. Ich bekam Angst und erklärte, aus dem Keller mich nicht herauszufinden, trotzdem ich ihn genau kannte. Vielmehr legte ich mich auf den Boden. Mein Freund suchte und fand darauf den Ausgang. Als er mich holen wollte, wuchs meine Angst und ich betastete ihn, ob er noch derselbe wie vorher sei. Dann gingen wir aus dem Keller, ich tief gebückt. Als ich Licht sah, atmete ich auf, denn ich war ja nicht blind geworden. Darauf wäre ich gerne noch lange am Ausgang geblieben.

Daß ich in der Wohnung meine Mutter nicht traf, freute mich besonders.

Man beachte das eigentümliche, schutzsuchende Hinlegen, das auffallend an das erste unklare Bild (I) erinnert, ferner die Angst, ob der Freund „noch derselbe" sei, ferner die Neigung am Ausgang zu bleiben und die Freude über die Abwesenheit der Mutter.

Analytisch-kombinatorische Bearbeitung fand nicht statt. Es wird die Aufmerksamkeit auf „Herzschlag" gelenkt, ohne daß sich wesentliches ergäbe und Anleitung zu Hemmungsübungen, Tageseinteilung und Beschäftigung gegeben.

Sitzung 8. XXVI. Wenn ich eine Treppe ging, pflegte ich mich blitzschnell umzudrehen, ob hinter mir eine Gestalt sei. Besonders an Ecken.

Sitzung 9. XXXVII. Nach dem Schulspielen gingen ein paar Freunde und ich über die Berge und gruben menschliche Köpfe und Knochen aus.

XXVIII. Ich hatte oft Träume, in denen ich viel ein Gespenst anschrie (s. oben Sitzung 3).

XXIX. Wir hatten einmal ein kleines, weißes Kätzchen. Eines Abends war das unter den Badeofen geraten und halb versengt. Meine Mutter kam in der Nacht zu mir und brachte mir die Katze zum Abschied, da sie sie an die Waschfrau weggeben wollte.

In der Nacht habe ich viel um das Tier geweint.

Sitzung 10. XXX. 1. Beim schnellen Umdrehen auf der Treppe glaube und fürchte ich, eine fremde Gestalt (vielleicht mich selber) zu sehen.

2. Manchmal habe ich Lust, das Zentrum meiner Seele aus dem Kopf in die Brust oder eins der Glieder zu verlegen oder in die Luft in der Weise zu verlegen, daß ich mich schnell und plötzlich ducke und meine Seele wieder auffange.

3. Ähnliches oder fast gleiches Gefühl beim Sichhinlegen. Unterschied der Leierkastenepisode, wo ich auf dem Rücken zu liegen scheine und die Seele nicht wegfliegen kann; im dunklen Keller dagegen auf den Bauch.

4. Betrachten des Schattens beim flackernden Kerzenlicht und gewisse Angst vom Abtrennen desselben.

5. Kombination: Angst vor sich selbst?

Beachtenswerte Ergänzungen des alten Materials. v. A. produziert flüchtig Erinnerungen, wie der erwähnte Onkel zu Weihnachten einen Leierkasten mitgebracht habe, doch ist die Identifizierung mit dem Kasten in I unsicher. Die primitive Spielerei mit einer örtlich-räumlichen „Seele" ist bemerkenswert.

Sitzung 11. XXXI. Etwas vom Zahlensystem. Wenn ich abends z. B. im Bett liege, dann kommt mir der Gedanke, noch einmal mit den Füßen auf den Boden zu kommen. Ich gebe dem Gefühl nach. Da spricht eine Art von Opposition gegen das Vernüftige mit, die den Ausschlag gibt. Ist die Maschine nun sozusagen in Schwung gebracht, wickelt sich das ganze Zahlensystem ab. Entweder kommt es hierbei zu einer Befriedigung oder seltener nicht, dann wird ein Ende des Zustandes herbeigeführt, durch Erschlaffung und Herzklopfen, durch geistige Überanstrengung hervorgerufen; ich komme dabei auf etwas hypochondrische Gedanken, ich könne durch solche Dummheit Herzschlag kriegen, und das sei die Sache nicht wert und der Grund zu nichtig. Dann lege ich mich ruhig hin.

Im Anschlusse an Schilderungen zahlenmäßiger Zwangsgedanken gibt Patient Einblick in seine Stellung zu den Zahlen. Interessant ist die Verknüpfung der „Herzschlagangst" mit dem Durchführen des Zwangszermoniells, das entweder zu „Befriedigung" oder „Angst" führt.

Sitzung 12. XXXII. Traum in der Nacht vom 26./27. Jan. Bin zu Hause. Meine Mutter trägt mir auf, etwas wie B. v. J. zu tun. Darauf komme ich in Streit und schreie meine Mutter ganz respektswidrig an, worüber ich nachher furchtbar weine.

B. v. J. ist ein verhaßter Musterknabe. Wesentlich ist die zwiespältige, ambivalente (Bleuler) Einstellung zur Mutter, die aus Trotz und Liebe gemischt erscheint.

XXXIII. Ich kann mir unter Zahlen Buchstaben vorstellen und speziell unter denen, die in dem System nicht vorkommen.

So führt 4 auf den Anfangsbuchstaben der Mutter; die zwangsmäßig bedeutsamsten Zahlen ergeben keine Bindung an Buchstaben und Worte, sie stehen gleichsam isoliert.

XXXIV. Mir fällt ein, daß ich früher einmal mit meinem Onkel zusammenschlief. Vorher badeten wir. Beim Hinlegen bekam ich Angst und mein Onkel erlaubte mir, die Chaiselongue an sein Bett zu rücken. Kombination: Zusammenhang mit I?

Plötzlich auftauchende alte Erinnerung. Der Onkel war brünett und stark behaart.

Sitzung 13. XXXV. Traum in der Nacht vom 31. Jan. bis 1. Febr. 1919. Ich bin in einem Sanatorium, da kommt Fliegeralarm, und alle gehen zur Deckung in den Keller, doch will ich mir die Flieger ansehen. Als sie kommen, wundere ich mich, daß sie so tief fliegen. Da werden aus den Apparaten tausende Störche. Ein Kamerad meint, es seien keine Störche, und darauf meine ich, dann sind es Kraniche. Plötzlich bin ich im Keller mit ein paar Kameraden. Als wir hinauswollen, geht die Tür nicht auf. Sie ist gepanzert. Darauf schlage ich die Scheibe ein und zwänge mich durchs Fenster. Inzwischen war aber die Türe aufgegangen. Dann sah ich plötzlich nichts als fünf Dotter von ungelegten Hühnereiern, eins kleiner als das andere.

Es wurde eine Allgemeinpsychotherapie energischer Art, besonders Beschäftigung angeschlossen und nur noch gelegentlich individual-psychotherapeutisch gearbeitet, da die Aufgabe objektiver Einstellung zur eigenen Person und zum Erleben in ihren Grundlagen erreicht und ein gewisser Grundstock allgemeiner und psychotherapeutischer Aufklärung gegeben war. Die bisherigen Sitzungen erfolgten täglich.

Sitzung 14. XXXVI. Traum vom 9./10. Febr. Ich träume, meine Schwester ist lungenkrank und soll operiert werden. Der Traum läßt sich gar nicht wiedergeben.

XXXVII. Traum vom 10./11. Febr. Ich träume, ich sehe mir den Imperator an. Plötzlich fährt er ab und ich bin genötigt, bis Amerika mitzufahren, von wo ich mit dem nächsten Dampfer zurückfahren will (Patient hielt einen Vortrag über den Imperator).

Sitzung 15. XXXVIII. Traum vom 11./12. Febr. träume, mit meinem Vater verreisen zu wollen. Mein Vate vor und ich will mich mit ihm treffen, verpasse ihn aber kommt ein Schulkamerad. Er will zum Friseur, ich begleit und treffe meinen Vater, der mir viel Geld schenkt.

XXXIX. Ich weiß, daß ich früher Angst hatte, bein fließen des Badewassers mit wegzuschwimmen oder weni ein Glied zu verlieren.

Sitzung 16. XL. Traum von 10./11. März. Ich bin krank und werde von meiner Mutter zum Arzt geführt, d denklich den Kopf schüttelt.

v. A. kommt „mit dem ausfahrenden Gange des Rä märklers" zu seiner Mutter; sie bemitleidet ihn kaum, so d das Gefühl hat, sie halte sein Leiden für selbstverschulde bringt ihn zum Arzt.

Sitzung 17. XLI. Mir fällt ein, daß ich eine S täuschung provozieren kann: Wenn es sehr still ist (meiste dem Zubettgehen), kann ich beim Ausziehen die Empfi provozieren, daß ich alle meine Bewegungen sehr laut hör sehr schnell und nervös. Auch beim Sprechen.

Besonders beim Streicheln bestimmter Stoffe mit der kann v. A. dies Erlebnis hervorrufen. Es muß dazu ringsu sein; dann wird das Streichelgeräusch „enorm laut und nerv regt". Dann fangen auch Gegenstände im Zimmer an zu schw und rhythmisch zu wackeln, besonders solche, die er sonst zw weise berühren muß, Schränke und Türen.

Sitzung 18. XLII. Traum vom 13./14. März. Ich bi einer Wiese mit zwei anderen Personen, wovon die eine Schwester zu sein scheint. In einem Unterstande ist ein feinc Mann, den wir einriegeln, um dann wegzulaufen.

Zwischendurch muß ich „zwei Spitzen gleich machen".

Wir laufen dann weg, bergab, ich komme gegen den schlecht nach.

Endlich erreiche ich an der Chaussee das Gartenhaus bekannten Herrn. Dem erzähle ich alles als Traum und sp von „Brotbrechen". Er meint, das sei sehr schaurig. Dazu k meine Mutter, der ich es noch einmal erzähle, die aber kein gefühl zeigt.

Auch in diesem Traum ist die Mutter mitleidlos.

XLIII. Ich erinnere mich, daß meine Mutter vorm Weggehen öfter in die Wohnung zurückgeht. Auch faßt sie alle Gegenstände, wie Möbel, Nippes usw. an, um sie zurechtzurücken, beim Visitieren der Wohnung (Zwangsvorstellung?). Nachahmung meinerseits?

Sitzung 19. XLIV. Mir fällt plötzlich die Zeit des Todes meiner Mutter ein. Bei uns sind viele Herren im Frack. Meine Schwester wird angezogen, ich bleibe zu Bett und fühle mich vernachlässigt. Mein Onkel spielt eine organisatorische Rolle.

XLV. Mein Vater kommt mit meiner zweiten Mutter. Ich bin bei der Amme und soll meiner Mutter die Hand geben (die bald weitergeht). Meine Mutter geht weiter.

Der Anschluß an diese alten Reminiszenzen war für v. A. ein wesentliches Erlebnis. Ich lasse seine Selbstschilderung folgen:

An demselben Tage, an dem mir die unter XLIV und XLV aufgezeichneten Reminiszenzen bei Herrn Doktor aus dem Unterbewußtsein aufgetaucht waren, 21. März, fühlte ich mich von meinem Zwangsvorstellungen befreit.

Als ich Herrn Doktor verlassen hatte, begab ich mich in mein Zimmer. Ich war ziemlich aufgeregt. Ich weinte und lachte durcheinander, ohne über mein Gebahren Rechenschaft ablegen zu können. Dann warf ich mich aufs Bett.

Nachdem ich so auf dem Bett ca. 10 Minuten in einer Art Dämmerzustand gelegen hatte, stand ich auf, um etwas Spazieren zu gehen. Doch vorher wollte ich nach meiner alten Zwangsvorstellung noch in meinen Schrank sehen oder wenigstens das Vorhängeschloß berühren. Gedankenlos wollte ich gerade das ausführen, als ich mir ganz plötzlich bewußt wurde, daß mein Tun gänzlich zwecklos, langweilig, zeitraubend und verrückt sei. Ich ließ es sein. Beim Weggehen schossen mir noch allerhand andere Zwangsvorstellungen durch den Kopf, die mir zur zweiten Natur geworden waren und die ich im Laufe der Zeit mehr instinktiv ausgeführt hatte. Doch konnte ich alle unterlassen, ohne dabei Unbehagen zu verspüren. Im Gegenteil, ich fühlte mich frei und glücklich. Wenn auch noch ab und zu der Wunsch kam, etwas zwanghaft auszuführen, so sah ich doch gleich das Ungesunde der Sache ein und brauchte dem Zwange nicht zu folgen."

Da keinerlei suggestive Vorbereitung vorherging, ist die Reaktion bemerkenswert. Der Versuch einer theoretischen Deutung

würde zu weit führen; für mich liegt der Schwerpunkt i
Innenklärung der Persönlichkeitsentwicklung durch die Einbezi
und Aufhellung alten, halbfremden, zum großen Teile ganz du
Materials und der mit der psychogenetischen Bearbeitung
bundenen Allgemeinpsychotherapie, die bei diesem ungleichr
entwickelten, halb infantilen, halb frühreifen Jüngling als vorwi
psychogoge anzusehen ist. Ob man die „unbewußten" Mate
irgendwie mit den Zwangserscheinungen direkt in Bezi
bringen darf, ist durchaus unsicher; manches spricht dafür.
allen Dingen gewann die zentrale Persönlichkeit durch die
arbeitung ihrer Reminiszenzen eine bisher nie geahnte Freihei
Selbständigkeit gegenüber der sicher weitgehend eige
konstitutionell und extrapsychisch begründeten Neigung zum Zw
denken. v. A. wurde gewarnt, hier voreilige Schlüsse zu z
und mit dem Gedanken vertraut gemacht, er müsse imme
einer gewissen Disposition rechnen.

Der weitere Verlauf zeigt sich aus seinen Selbstschilderu

„Ich entsinne mich, daß mein Vater sich früher an mein
setzte und sehr weinte. Ich glaube, er wurde sehr k
(10. April).

Ich erinnere mich infolge eines Vortrages über Steindr
daß in dem Kinderzimmer ein Bild hing mit einem Männ
das in einer Waldlichtung auf einem Pilz saß. Ich hatte mo
stets Angst, es sei durch den Wald erdrückt oder verschwu
(ähnliche Furcht wie im geschlossenen Raum). Ich faßte e
ob es noch da wäre. (14. April).

Ich entsinne mich, Furcht vor Hyazinthen gehabt zu h
weil ich hörte, daß ein Mädchen, das sie nachts im Zimmer g
hatte, daran starb. (15. April.)

Ich fürchte mich, mich auf Photographien mit inzwischer
storbenen zu sehen, wenn der betreffende mich berührt.

Mein Vater schloß mich einmal ein, weil ich eine Vas
brochen hatte. (15. April).

Ich entsinne mich folgender Geschichte:

Ich hatte einmal ein Hemd an, an dem ein Knopf f
Als meine Mutter das sah, sagte ich, er habe schon gefehlt. I
Schwester sagte das Gegenteil. Ich hatte das Hemd gewec
was meine Schwester nicht wußte. Ich durchschaute alles,
aber nichts.

Mein Onkel wollte die Sache folgendermaßen entsch
Jeder bekam mit einem berußten Kork die Stirn beschmiert.

wurden wir beide in ein dunkles Zimmer geführt. Bei wem der Strich nicht verschwunden sei, der habe gelogen. Ich zitterte sehr vor der dunklen Macht, die den Streifen abwischen konnte. Nach 5 Minuten wurden wir geholt. Als meine Mutter mir zunickte, war ich froh. Mein Onkel erklärte, keiner habe gelogen. Ich glaubte fest daran, wußte ich doch, daß keiner gelogen, sondern nach bestem Wissen gesprochen habe. (15. April).

Neulich schrieb ich statt „Mütterchen" „Mutter" nach Hause, ohne es gleich zu bemerken. (15. April).

Ich fühle mich wieder frei. Was war denn mit mir? War ich verrückt, daß ich den leeren Zahlen gehorchte? Ich fühle keinen Widerstand mehr. Von wo ging der aus? Manchmal schien er mir von meinem Inneren auszugehen, manchmal schien der Raum, die Luft, meine Bewegungen zu hemmen. —

Jetzt lastet die Luft nicht mehr so schwer auf mir. Ich kann mich frei bewegen, ich brauche mich nicht mehr zu ducken, aus der bloßen Furcht vor irgendeiner seelischen Reibung.

Ich glaube, die Anlage zur Zwangsvorstellung bleibt, die Vorstellung selber ist gebrochen, die Fesseln sind abgefallen. —

Daß ich mich vernünftiger benehme, daß ich sicherer im Charakter bin und denke, ich fühle es, es hängt mit der Auflösung des Zwanges zusammen. —

Ich fühle die Lust zum Regieren. Ich will fortan, auch zu Hause, die ganzen Verhältnisse im Zug halten.

Ich kann jetzt andere Seelen in Bann halten. Hätte ich früher vor Hunderten einen Vortrag halten können?

Am Anfang meiner Behandlung regte ich mich selbst beim Unterrichtgeben vor 20—30 Mann sehr auf. Und jetzt? Ich habe mich gewundert, nicht die geringste Aufregung, das kleinste Herzklopfen zu spüren vor einigen hundert Zuhörern! Kann sich die Seele so ändern? Oder sind bloß die Saiten neu aufgezogen? Das alte Instrument ist geblieben, ich darf so eingebildet sein und sagen, des freue ich mich. Es tönt jezt nur reiner, freier. Ich merke, geblieben ist mir das Empfinden der restlosesten Freude, des tiefsten Schmerzes, kurz les mouvements de l'âme. Sie geben ja dem Leben Inhalt. Doch die Dinge, die ihnen Veranlassung zum Schwingen geben, haben sich geändert.

Mit dem Zwangsdenken hingen die Skrupel zusammen. Über die unwichtigsten Dinge machte ich mir Skrupel und vernachlässigte infolgedessen die Wichtigsten. Ich traf immer das Verkehrte und nannte es — Pech. Jetzt kann ich Wesentliches vom

Unwesentlichen unterscheiden, weiß, wo Skrupel am Platze si ich gebe ja hierzu nach menschlichem Ermessen die gering Veranlassung.

Die meisten Mitmenschen fühlen nicht das, was ich fü Deshalb hatte ich viele Feinde, weil ich nicht verstanden wu Selbst der Hausarzt sah mich von der Seite an. Ich war ihm n geheuer, eine psychische Mißgeburt, mit vielen Ecken zum Sto Jetzt bin ich hinter mein eigenes Ich, wenn ich so sagen d gekommen. Nur bei durchschauten Dingen läßt sich die nö Abhilfe schaffen. Die Vorbedingungen sind da, sie sollen n brach liegen bleiben.

Zuerst bin ich mit mir fertig geworden, jetzt kommen Menschen. Meine Eltern, dann die wenigen, denen ich nä treten will. Meine psychische Mauer hat auch etwas für sich. befreit mich von den meisten Menschen. Doch Vorsicht! Ich auch kein Sonderling werden. Sonderling und Philister wer davor muß ich mich vorsehen, bei meinen Anlagen.

Viel psychisches Erleben liegt noch vor mir. Doch ich für mich nicht davor. Habe ich doch auch die Furcht mir sel gegenüber zu überwinden vermocht. Den Menschen gegenü wird es desto leichter gehen. Doch bin ich bei ersterem du eine sichere Hand, die erfahrungsgemäß handelte, geleitet wor Jetzt gilts selber die Initiative zu ergreifen.

Ich will und kann es. Ja, ich will hierbei sogar selber Fü sein? Zuviel gewagt? Bin ich zu selbstbewußt? Ich habe sta Waffen: „Das Hineindenken in die Psyche anderer durch K bination, von mir ausgehend, die Erfahrung mir gegenüber das sicherste Vertrauen auf die glatte Lösung des Bevorstehen Wohlan denn es wird mir gelingen! v. A. 26. April 19 . . ."

Jedenfalls gelang es psychotherapeutisch, den Kranken sei seit früher Kindheit bestehenden, seit der Pubertät zunehm belästigenden ausgedehnten Zwangserscheinungen gegenüber g wesentlich selbständiger zu machen, während zahlreiche Behandlu versuche anderer Art, auch längerer Sanatoriumsaufenthalt, fruch blieben. Ein gemischt allgemein-psychotherapeutisches und kat tisches Verfahren kann bei intelligenten und differenzierten Kran empfohlen werden; darum wird kein kritischer Psychotherapeut Geltungssphäre des schicksalhaften Erbgangmäßigen und im eig lichen Sinne Konstitutionellen unterschätzen.

11. Willens- und Bewußtseinstörungen.

Mit Recht warnen viele kritische Psychologen und Psychopathologen vor den Gefahren des Wortes „Willen"; konsequente Assoziationspsychologen, wie Ziehen, bestreiten überhaupt seine Existenzberechtigung und verdeutlichen die vorliegenden Fragen durch die Auslegung eines Kampfes von treibenden und hemmenden Vorstellungen. Gewiß darf ein „Wille" nicht als Diktator dem übrigen seelischen Geschehen gegenübergestellt oder vorgeordnet werden; psychologisch kann mit Fug nur von Willensfunktionen gesprochen werden als von einer, eben der „Aktivitäts"seite des seelischen Geschehens, die in lebendigster Wechselwirkung zum Empfinden, Vorstellen, Urteilen und Denken steht. Aber die Einzigartigkeit des Willenserlebnisses im Subjekte läßt seine Erörterung berechtigt und für den Psychotherapeuten höchst wesentlich erscheinen. Er muß über die einfachsten hier vorliegenden Beziehungen im klaren sein, schon darum, weil ein erheblicher Anteil seiner Schutzbefohlenen mit ausgesprochenen Klagen über „Willensstörungen" zu ihm kommen. Sie bezeichnen sich als „energielos", „entschlußunfähig", als „unfähig bei der Stange zu bleiben" usw. In den einleitenden psychologischen Vorbemerkungen wurde die Stufenleiter der Willensgebilde von der Reflexhandlung über die Strebung zur Wunschhandlung und bis zur eigentlichen Willenshandlung verfolgt. Diese charakterisiert sich in der höchsten Form durch die einheitliche und meist bewußte Beteiligung der Gesamtpersönlichkeit, wie sie bei Lebensentscheidungen und Zielsetzungen über Jahre hinaus sich am reinsten darstellt. In mißverständlicher Weise wird oft das Moment der Wahl als allzu sehr am Willenserlebnis betont; es ist viel zu sehr eigentlich urteilsmäßig. Gewiß stellt jede feste Willensrichtung de facto eine Wahl, ein Ausschalten anderer Möglichkeiten dar. Aber hierin liegt nicht das Wesentliche, sondern vielmehr in der Zielhaftigkeit und Aktivität des Erlebnisses. Gerade Menschen, deren unwiderstehlicher Willenskampf in Jahrzehnten wirkt, erleben mindestens bewußt von einer „Wahl" nichts. Eine solche müßte in sie hineingedeutet werden. Vielmehr strebt der Wille aus sich, d. h. aus der Persönlichkeit, wie eine Magnetnadel auf den Pol, dem Ziele zu, ein elementares Verhalten, das durch schematische Rückführung auf „affektive" Antriebe nicht verdeutlicht wird. Der Alltag pflegt solche Menschen „energisch" zu nennen, ohne sich zu scheuen, dasselbe Wort an völlig andere Erscheinungen zu hängen. So

sind für den Populärpsychologen z. B. auch die Menschen „energ
die entweder, ganz äußerlich genommen, ihre Worte und
lungen durch mehr oder weniger drastische Ausdrucksm
unterstreichen, oder solche, die auf jeden, auch den überraschei
Eindruck prompt und zweckmäßig reagieren. Sicher
diese Phänomene dem Willensgebiete nahe. Besonders das
genannte zeigt den psychotherapeutisch unendlich wichtigen G
satz von Aktivität und Reaktivität. Die reagibelen,
anpassenden Menschen, die „Praktiker", sind sehr häufig i
passive Wesen und Geschöpfe der Umgebung, die trotz
„Energie" und Beherrschung von Augenblick und Situatic
höheren Sinne keine entwickelte psychische Aktivität haben
entsprechen willenmäßig den Emotionstypen auf affektivem G
ohne daß sie darum die Zeichen der „emotionalen", im Geg
zur eigentlich „affektiven" Veranlagung zu tragen brauchen, k
sich doch affektive, voluntäre und intellektuelle Begabungen
vielseitigsten Weise durchflechten. Die höchste Willensle
wird als aktives Phänomen unbedingt gewisser Überzeitli
bedürfen, oder anders ausgedrückt, nur der Mensch is
höchsten Sinne aktiv willensstark, dessen Wil
erlebnisse Nachdauer haben. Der Wille muß eine g
Festigkeit besitzen. Damit soll in keiner Weise bes
werden, daß der Willenstyp, dessen Kurve, bildlich gespr
steiler läuft, der Mensch des Augenblicks- und Gegenwartv
nicht in vielen Situationen mehr und meist Glänzenderes leiste
er oft in Umständen voller Sieger bleibt, in denen der W
beständige kaum zur Geltung kommt, aber die Augenblickslei
ist mehr passiv; sie ist immer stark durchsetzt mit der g
samen Abstellung namentlich affektiver Hemmungen und
sich als „willensmäßige Einengung" der affektiven Einen
Zudem erschwert der rasche Ablauf für Erlebenden, Erinne
und Zuschauer die reinliche Scheidung der Hauptmoment
Erlebens. So wird hier oft fast reflektorisch geleistet, was
Willensleistung höchster Form aus den Tiefen der Persönli
fördert, meist bewußt entscheidungsmäßig oder als Leistun
arbeiteter Selbstbeherrschung. Auch ihr ist die willensm
Einschränkung und Niederhaltung affektiver und anderer
mungen nicht fremd; was die Augenblicksenergie fast tri
leistet, schafft die höchste Willensleistung im Einklang
Postulaten vernünftigen Erkennens, wenn auch e
oft unbewußt, wie sie das wahlhafte Moment erledigt. Für

Fälle hat der Alltag nur das Wort der „Selbstbeherrschung", daß noch weit mehr umgreift, so namentlich allerlei Affekthemmungen, Angst vor Folgen eines Tuns u. dgl. Für den geborenen Willensmenschen möge er dem Augenblicks- oder dem Festigkeitstypus zugehören, existiert das Problem der sogenannten Selbstbeherrschung ebensowenig, wie das der Wahl; er bringt ihre Vorbedingungen selbstverständlich mit sich, ihm ist die Frage anlagemäßig gelöst. Sie zeigt aber noch einen weiteren, psychotherapeutisch ungemein wesentlichen Punkt auf; die Willensleistung kann hinsichtlich des Erfolges in gewissem Maße doppelsinnig geschehen, indem sie einmal als rein produktive Aktivität schafft und fördert, während sie in anderen Fällen hemmt und unterdrückt, gleichsam eine Offensive und Defensive, einmal rein wirkende Aktivität, im anderen Falle Abwehr gegen innere Passivität. Beide Erlebnisse sind an sich und ihren psychologischen Folgen grundverschieden, wachsen sie doch aus völlig verschiedener Seelenlage; trotzdem wird faktisch kaum ein Willenserlebnis zu beobachten sein, das nicht Anteile beider Formen enthielte und nur ihr gegenseitiges Verhältnis entscheidet den verlaufenden Ausgang. Produktive Aktivität ist dem Willensgesunden Freude an sich, besonders, wenn auch äußerer Sieg die Mühe krönt; hemmender Wille setzt Spannungen, die nur im Abklingen der Gegenantriebe oder im Erleben des „Überwundenhabens" beglücken, während nur allzu oft Reizbarkeit, Schroffheit und Bitterkeit dem Kundigen verraten, daß hier Druck Gegendruck erzeugte und Mißstand schuf. Hier liegen für Umsichtige und Taktvolle große und schwierige, aber oft eminent dankbare Aufgaben, zumal die Spannung von Druck und Gegendruck meist zu extremen, unbegründeten unkorrigierbaren Stellungnahmen führt, die anschaulich mit einem Willenskrampfe verglichen werden können. Auch diese Umstände lehren, wie wenig berechtigt es ist, dem Willenserleben ganz allgemein affektive Momente als Grundlage unterzuschieben, es sei denn, man erweitere ihren Bereich ganz ungebührlich. Selbstverständlich gibt es einen „affektiven Willenstyp", dessen psychopädagogische Ausarbeitung als Ziel der Therapie affektiver Störungen bezeichnet wurde; aber daraus darf nicht allgemein Gültigkeit abgeleitet werden.

Stellt sich so das Willenserlebnis im ganzen als eigenartige Seite des Seelischen deutlich heraus, so ist dies noch zu ergänzen durch einige Worte über seinen Ablauf. In jedem Willenserlebnis lassen sich leicht und als wesentlich trennen: 1. Die vor-

bereitende seelische Situation, die alle affektiven und tellektuellen, sowie anderweitige willenhafte seelische Gebilde hält, die zu dem Willenserlebnis in fördernder, hemmender, klärer oder verdunkelnder Beziehung stehen. Wenn z. B. ein pfli getreuer Beamter trotz Sorge um seine Familie nicht sehen w daß er sich gesundheitlich zugrunde richtet; 2. der Entsch d. h. die vorstellungsmäßige Verknüpfung der Willenshandlung der Person oder anders ausgedrückt, die Einstellung auf die A führung der Willenshandlung; 3. die Ausführung, bei namentlich der erste Eintritt in das Handeln von Belang ist endlich 4. die Vollendung mit dem Gefühl der Endgültig mit oder ohne Erfolg. Sämtliche vier Ablaufphasen können sich im ganzen oder im Verhältnis zueinander gestört sein. Ausgangssituation kann entweder soviel hemmende Momente kra hafter Art enthalten oder so unklar sein, daß es überhaupt n zur Entwicklung der weiteren Phasen kommt. Dann steht Betroffene „versteinert" vor Schreck oder ratlos im rasenden triebe automatischen Erlebens, um ein paar häufige Beispiele nennen. Weiter kann die Fähigkeit zur Entschließung fehlen, obv die Ausgangssituation regelrecht ist, oder sie kann krankhaft leichtert sein; im einen Falle kommt keinerlei, im zweiten nie fester Entschluß zustande. Dasselbe gilt für die Ausführ namentlich für den Eintritt ins reale Handeln. Endlich kann Ablauf bis hierher regelrecht sein, aber eine Störung der Vollend vorliegen, so daß entweder die reale Vollziehung der Vollend oder ihr adäquates Erleben verhindert und die an sich vollen Handlung automatisch, zwanghaft oder ratlos fortgesetzt wird. den Ablauf der seelischen Aktionen fließt bei diesen Zustän sozusagen immer mehr Passivität ein, so daß der Handelnde sei Handeln gegenüber unterliegt und sich treiben läßt.

Mit Unterstützung durch Übungs- und Gewöhnungsvorgä kann so eine Pseudowillensleitung zustande kommen, die Erlebenden im Gang hält. Wie verhängnisvoll eine plötzli Arretierung solcher Mechanismen wirkt, zeigt die Alltagserfahr raschen Verfalles bei alternden, plötzlich aus ihrer Tätigkeit rissenen Menschen, z. B. beim Pensionierungsbankerott; erst s eine der zahlreichen speziellen psychologischen Mechanismen „Bruches einer Lebenslüge" dar (Bertschinger).

Symptomatisch hat der Psychotherapeut vor allen Dingen fragen, ob eine isolierte oder allgemeine Willensstörung v

liegt. Als anschauliches Beispiel isolierter Willensstörung diene der folgende Fall:

Der 29jährige Lehrer A., Unteroffizier d. R., wird zur Oberbegutachtung eingewiesen. Er leidet seit 14 Monaten an einer schlaffen Lähmung des linken Armes mit leichter Atrophie und quantitativer Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit bei erhaltenen Reflexen. Besonders schwer beeinträchtigt ist die Schultermuskulatur, im Ellbogen, Hand und Fingern sind minimale Bewegungen möglich. Die Störung wurde von A. beim Sturmangriff bemerkt, wo es ihm plötzlich unmöglich wurde, das Gewehr zu halten, als er sich zum „Sprung auf marsch, marsch!" aufrichtete. A. ist vielfach so an mehreren Fachkliniken untersucht und behandelt. Professor X. in Y. nahm eine traumatische Plexusschädigung an, da er glaubte, eine sicher dem Nervus axillaris entsprechende Sensibilitätsstörung nachweisen zu können. A. wurde elektrisch und mit Massage behandelt, ohne daß der Zustand sich änderte. Professor Z. in W. nahm 2 Monate später eine „Reflexlähmung" (Oppenheim) an und begutachtete A. als D. U. und 60% Rente bedürftig. Geheimrat U. in V. erklärte einen „funktionellen" Zustand für vorliegend und empfahl A. im Garnisondienste zu beschäftigen, nachdem Übungs- und Wachpsychotherapie versagt hatte. A. ist ein mittelkräftiger Mensch mit weichen Gesichts- und Körperformen, stark asymmetrischem Gesichte und zahlreichen Degenerationszeichen. Im übrigen finden sich keinerlei Zeichen organischer Erkrankung, die Stimmungslage ist zunächst unauffällig. A. macht durchaus den Eindruck, daß er unter seiner Krankheit leidet und Gesundungswillen hat. Aufgefordert, den linken Arm zu heben, legt er den Oberkörper nach rechts, verzerrt das Gesicht, atmet keuchend, bekommt gerötetes Gesicht, glänzende Augen mit weiten Pupillen und beschleunigte Herztätigkeit. Dabei wird der linke Oberarm durch intensive Anspannung des Latissimus dorsi, pectoralis und der Schulteroberarmmuskulatur an den Rumpf gepreßt. A. wird nach kurzem Fixieren eines Ringes hypnotisiert und zunächst an der rechten, dann an der linken Schulter bei hängendem Arme erst Spannung, dann ruckhafte völlige Erschlaffung mit Fallenlassen der ganzen Schulter (Trapecius) geübt. Nach völliger Erschlaffung der linken Schulter wird der gestreckte Arm leicht bis zur Senkrechten gehoben und die Suggestion selbstständigen Haltens und anschließend völlig freier aktiver Bewegung sofort realisiert. A. erhält die energische Suggestion, daß er im Wachen dasselbe leisten könne, wird geweckt und gebraucht den Arm völlig

frei. Die 14 Monate bestehende isolierte Willensstörung wich (sachgemäßen Hypnosuggestion sofort und endgültig. Hier die dritte Phase, die Ausführung, besonders ihr Beginnen ges der Entschluß zur Bewegung bestand, aber die Innervationen gleisten. Sehr bemerkenswert war, daß A. auf die Beseitig seines Symptomes zunächst mit schweren Selbstvorwürfen reagi er sei doch ein Simulant, mindestens halte man ihn dafür. anschließende individuelle Psychotherapie ergab einige Einblicl die Struktur der Erkrankung. A. stammte von einem sehr (gischen, etwas harten Vater und einer überaus weichen Mutter; Lernen auf der Schule leistete er mittelmäßig, doch waren : Leistungen stets durch Sorgfalt und große Gewissenhaftigkeit reichend. Körperlich war er nicht sehr kräftig; er wurde z. B. 8 Jahren von Kameraden von einem Sandberge an die Wand worfen, so daß er eine Hirnerschütterung erlitt; mit 13 Jahren er aus dem Elternhause ins Lehrerseminar; schon als Kind wa sehr ängstlich, still und für sich, sang in dunklen Räumen um seine Angst zu unterdrücken und „konnte kein Blut sel Kam es in seiner Gegenwart doch einmal zu blutenden Verletzur so wurde er ohnmächtig; beim Schlachten wurde ihm „unw Besonders die Röte und Wärme des Blutes waren ihm furch Als er 9—10jährig war, sollte er für einen Besuch Brot schne das Messer rutschte ab, er schnitt sich in die linke Hand fiel in Ohnmacht. Zum Schlachten lief er als Junge, obwol wußte, daß er es „nicht sehen konnte", überall hin, es zog unheimlich an. Sein Vater verlor durch Unfall den linken Z finger, der Stummel war A. „immer etwas Schreckliches". A. n stets zu schwermütigen Verstimmungen und sah das ganze L pessimistisch an. Sein Gefühlsleben war ohne viel Äußeru sehr rege und nachhaltig; Tage und Wochen lang beschäftigt ein Eindruck. So machte er sich bei der Schließung seiner glücklichen Ehe viel Gedanken, ob es seiner alternden M gegenüber recht sei, zu heiraten, besonders, da Frau und M sich nicht völlig verstanden. Auch in seinem Traumleben s „Blut und Schlachten" eine große Rolle. A. war außerde Zivil mehrfach überfallen worden. Ließen die aphoristischen schon die Eignung zu der Erkrankung gut verstehen, um so als seine Frau beim Hausschlachten ein Fingerglied der lir Hand verloren hatte, so wurde die Psychogenese völlig klar (einen nach 14tägiger Behandlung berichteten Traum. A. bisher immer nur angeben können, daß er in starkem Arti

feuer an einem Bache gelegen habe und sehr aufgeregt gewesen sei. Sonst stellten seine Träume phantastische Mischbildung dar, wie z. B. die folgende Schilderung zeigt:

„Beethoven wurde auf einer Bahre zu Grabe getragen. Der Oberkörper war etwas aufgerichtet, mir zugewandt, hatte eine erdgraue Farbe, die der des Zeppelin im Montagtraume glich. Es war ein großes Leichenbegängnis, das sich im Kreise bewegte. Ich suchte dem Gedränge zu entgehen, geriet aber an eine Sperre, an der ein Mann stand mit einem Messer. Ich kam glücklich durch und begegnete darauf einer spielenden Kinderschar. Eine Ziege mit durchschnittenem Halse wurde uns vorgeworfen. . . . Ich stand an einem Graben, in den ich einen früheren Hausmetzger stieß, daß er tot war. An einem Feiertage begegnete mir die Schwester (Nachbarsfrau) des Getöteten in Begleitung meiner Eltern, in der Nähe meiner Wohnung. Ich war sehr aufgeregt, erwartete ängstlich von der Schwester nach dem Befinden ihres Bruders gefragt zu werden.

Ich hatte eine Schnittwunde am linken Fuß, an der sich ein Mann mit einer Säge zu schaffen machte.

Mehrere Hühner habe ich getötet, die einem Bekannten (Sohn sehr neidisch auf mich) gehörten. In einem Geschäft suchte ich mehrere Vasen aus, diese waren sehr groß und mit Blumen (ich habe gerne Blumen) verziert.

Ich nahm an einer Lehrerversammlung teil, von der ich $11^1/_2$ Uhr zurückkehrte. Am nächsten Morgen machte ich mich sehr früh zur Schule auf. Ich hatte aber meinen Rock oder Überzieher vergessen. Hierauf machten mich ein Kollege (dasselbe System) und eine Kollegin (Verehrer im August gefallen), sehr befreundet mit mir, aufmerksam. Viele Hindernisse stellten sich mir in den Weg, u. a. versäumten wir jede elektrische Bahn. Um $11^1/_2$ kam ich an der Schule an. Der Herr Schulrat beschäftigte meine Kinder, auf meine Entschuldigung erwähnte er nichts Besonderes."

Im Gegensatze zu diesen phantastischen Träumen erlebte A. nun in einem Traume mit allen Einzelheiten die Kampflage bei seiner Erkrankung, er sah den Bach, die ansteigenden Höhen, die Kameraden, er hörte das Feuer usw. und schilderte nun:

„Als die feindliche Artillerie uns eindeckte, hielt ich uns für verloren und sah, wie Leichtverwundete zurückgingen. Da bekam ich (Traum) einen Schuß in die linke Hand und sagte mir:

„Nun hast Du die Verwundung, die Du Dir wünschtest, denn ihn habe nur der Gedanke beseelt, „ach wärest Du doch leicht verwundet und in Sicherheit."

A. war durch den Traum sehr überrascht, gab aber weiteres zu, das Zurückgehen der leichtverwundeten Kame habe auf ihn starken Eindruck gemacht. Daß A. unbewußt g den linken Arm wählte, ist nach der Vorgeschichte durchaus ständlich. Die Aussprache beeinflußte A.s Stimmungslage günstig, er konnte dann allgemein-psychotherapeutisch weite arbeitet werden. Die nachträgliche Behandlung und Beobacl zeigt hier sehr schön, wie unendlich viel altes seelisches Ma die „Ausgangssituation" der Willensabläufe enthält, und wie das Willenserlebnis mit sämtlichen anderen Seiten des Seelischer knüpft ist. Die an die Symptombeseitigung anschließende Depre ist zum Teil wohl darauf zu beziehen, daß der Ausfall der Sc neurose drückend empfunden wird; A. motiviert die Sache vor und für sich allerdings anders. Zum Verständnis des dispositio Faktors ist endlich von Interesse, daß A. als Kind an einer Sp hemmung litt, die nur bei Erregungen auftrat (Affektstotterer

Während hier eine rein psychogene isolierte Willensst vorlag, hat in der Mehrzahl ähnlicher Fälle der Psychother mit gemischten Bildern zu tun und die Aufgabe, sich auch mi physiologisch-neurologischen Seite der Störung des Gehens, Sprec Schreibens usw. auseinanderzusetzen; dadurch bleibt die ps therapeutische Arbeit unberührt. Von Fall zu Fall muß entsch werden, welche Seite der Therapie die Führung zu überne hat. Die Psychotherapie der isolierten Willensstörungen i Prinzip stets dieselbe; sie hat in der einzelnen ausgeprägten I tionsstörung sozusagen die Matrix, die mit dem entsprech psychotherapeutischen Material ausgegossen werden muß, als erstes Prinzip zu fordern ist, über der Einzelstörungen den Kranken als Ganzes zu vernachlässigen. Aus diesem ps pathologisch nur allzu einsichtigen Grunde regt sich in den Kr wissenschaftlicher vielseitiger Psychotherapie eine berechtigte (sition gegen alles allzu sehr schul- und schemahafte Beha solcher Kranker, z. B. der Stotterer, in der überwiegenden Mel sogenannter Sprachheilkurse und Institute. Nur zu oft wird kritikloses Arbeiten lediglich an der gestörten Funktion das Verh der kranken Persönlichkeit zur Funktion ungünstig beein Die Gesamtheit wird vernachlässigt, die Funktion und ihre St überwertig. Dazu bleibt die reine Übungs- und „Schulungs" handlung bei schweren allgemeinen Psychopathien nur zu wirkungslos, so Gutes sie leistet, je mehr die Störung persönlich fern, physiologisch ist.

Von allgemeinen Willenstörungen ist besonders die Willensschwäche praktisch wichtig, die sich in allen Phasen des Willensablaufes oder in einzelnen, dauernd oder zeitig umschrieben, zeigen kann. Grundlegend wichtig für den Psychotherapeuten ist es zu entscheiden, ob eine primäre Willensstörung vorliegt oder eine sekundäre, durch Affekte, Fehlurteile, krankhafte Vorstellungen usw. bedingte. Denn während er die sekundären Willensstörungen an der Wurzel, eben an der zugrunde liegenden anderweitigen Störung anzugreifen versuchen wird, verlangt die primäre Willensstörung direkte Beeinflussung. Dieses kann nur durch Disziplinierung, Übung und indirekte rationelle Psychotherapie geleistet werden; der Weg zum Willen führt durch den Gehorsam, wie dies namentlich in dem Abschnitt über Methodendarstellung bei der Erörterung der Benutzung von Willensmechanismen zu rationeller Psychotherapie näher ausgeführt ist (Kapitel 6, S. 168); in besonderen Fällen verdient die Hypnotherapie herangezogen zu werden, wie das folgende Beispiel lehrt:

Die 34jährige Kaufmannsfrau B. steht im Beginne einer äußerst langsam verlaufenden Gehirnerweichung, der einfach dementen Form; ihre Angehörigen bestreiten energisch, daß eine Geistesstörung vorliege, sie nehme sich nur nicht zusammen. In der Tat bestanden noch keine groben Defekte, Frau B. war nur völlig interessenlos und saß, ohne deprimiert zu sein, untätig und vernachlässigt stumpf zu Haus herum, so daß der Haushalt ungemein litt. Durch anfangs tägliche, dann 2—3 mal wöchentliche Hypnose gelang es, die fehlende Initiative so weit wieder herzustellen, daß Frau B. noch mehrere Monate ihren Haushalt ohne Hilfe gut versah. Die Angehörigen triumphierten über den törichten Arzt, der „natürlich" jeden Menschen für irrsinnig erklärte, bis ein paralytischer Insult mit anschließend raschem Verfalle zum Zusammenbruch führte. Es darf beiläufig erwähnt werden — zur Psychologie ärztlicher Beurteilung der Psychotherapie —, daß „kritische" Kollegen mir damals die Ansicht unterlegten, ich habe Gehirnerweichung mit Hypnose „heilen" wollen.

Die primäre Schwäche einer Willensphase oder des ganzen Willensablaufes ist in der Mehrzahl der übrigens nicht allzu häufigen Fälle angeboren und in ihrer allgemeinen und therapeutischen Prognose von der Artung der Gesamtpersönlichkeit abhängig; vielfach handelt es sich um seelische Entwicklungshemmungen, die in einer Spätreifung (Leppmann) ein Ende finden. Die Kranken können nur psychopädagogisch, besonders indirekt, angefaßt werden und

sind möglichst genau über die Art ihrer Störung aufzuklären, damit tunlichst geringe Folgen des Defektes entstehen. Intelligente Kranke haben meist selbst ein ganz wohl durchdachtes Schutzsystem erarbeitet, das sie vor Fährlichkeiten schützt. Es kann aber durch Gewohnheit und Mangel an Entschlußfähigkeit gelegentlich überlange mitgeschleppt werden und hemmend wirken; bei längerem Bestehen ist daher öfter ein Versuch ratsam, das Schutzsystem zunächst teilweise zu durchbrechen und am Erfolge zu prüfen, ob hiermit in wirkliches Leben Störungen gesetzt oder lastende Fossilien beseitigt wurden. Es handelt sich um Menschen, die in einer an Zwangskranke erinnernden Weise alle entscheidenden Situationen meiden oder mit allerlei eigentümlichen Anordnungen abschwächen, indem sie sich von einer noch vorzunehmenden Besprechung, einer Toilettenmaßregel oder dgl. abhängig erklären. Schwere primäre Willensschwäche kann nur in mäßigem Grade übungsmäßig vermindert werden; sie erfordert eine Versorgung durch Schaffung entsprechender Umgebung und genaue Einteilung und Dosierung der Leistung. Meist wird sie mit intellektuellen oder affektiven Störungen verbunden sein, wie z. B. bei torpiden Imbezillen und verlangt dann Anstandsbehandlung oder mindestens Familienpflege im eigentlich irrenärztlichen Sinne. Selbstverständlich betrifft die Schwäche meist nicht nur die produktive, sondern auch die hemmende Seite der Willenstätigkeit; daher kann schon eine mittelstarke Affektivität und Triebhaftigkeit bei solchen Naturen zu schweren Konflikten führen, die notwendigerweise sich einstellen, wenn neben schwacher Willensentwicklung ein lebhaftes oder gar krankhaft gesteigertes Gefühls- und Triebleben besteht. Derartige Kranke sind im höchsten Grade sozial gefährdet, mag ihre „Impulsivität" auch noch so ansprechend sein.

Leichtere Fälle produktiver Willensschwäche, die je nach der Äußerungsform als „neurasthenische Verantwortungsscheu", „nervöse Unentschlossenheit" usw. bezeichnet werden, haben im wesentlichen etwas Führung und Autorität nötig; daß gerade weibliche Patienten dieser Art besonders häufig sind, ist nicht in irgendwelchen „unbewußten psychosexuellen" Eigenheiten begründet, wie Freud will, sondern einfach in der Grundstruktur der weiblichen Psyche. Bei solchen Fällen darf der Psychotherapeut es sich nicht verdrießen lassen, die meist enorm lästige und kleinweltliche Fürsorge zu übernehmen, wenn er auch immer wieder versuchen wird, solche Kranke ein wenig zu verselbständigen. Am besten werden sie einer einwandfreien willensstarken Persönlichkeit oder einer irgend-

welchen Gemeinschaft angegliedert. Namentlich sind sie nach Möglichkeit vor Ausbeutung durch liebe Nächste zu schützen, oft eine sehr schwierige Aufgabe.

Sie zeigen auch in leichterer Ausprägung neben der erhöhten Abhängigkeit vom fremden Einflusse meist eine geringe Fähigkeit, die einzelnen Willenserlebnisse zu einem Zusammenhange zu gestalten. Die Kontinuität des Wollens leidet bei ihnen Not, da die schwachen Willensregungen nicht von genügender Nachdauer sind (mangelhafte Sekundärfunktion). Hier kann systematische Halb- oder Ganzsuggestion oft Gutes leisten; das unermüdliche Einprägen bestimmter Anschauungen führt rein lernmäßig zu einem gewissen Stock fester Formeln, die dem Kranken dann leicht zur Hand sind und als Hilfen dienen. Hier ist ein großes und dankbares Feld für Persuasionen oder bei Intelligenteren für „autosuggestive Willensbildung" (Levy), indem die Kranken angeleitet werden, sich immer dieselben, ihnen hilfsnotwendigen Grundsätze tatsachenmäßig und kritiklos einzuprägen. So kann — ebenso mit hypnotischer Nachhilfe — durch suggestive Prägung diesen Naturen ein gewisser Ersatz für ihren Defekt geschaffen werden, der bei geduldigem Arbeiten Erhebliches ausgleicht. Bei ethisch oder intellektuell Minderwertigen führt die Herabsetzung der Willenskontinuität zu ganz unberechenbaren Schwankungen; zugleich machen die genannten Defekte das psychotherapeutische Arbeiten schwierig und meist ergebnislos, da die Vorbedingungen der Bildsamkeit und Einsicht nicht erfüllt sind. So bleibt auch von diesem Standpunkte für ausgesprochene Fälle solcher Art nur die entsprechende Versorgung, die leider im allgemeinen zu spät einsetzt, meist, nachdem der junge Mann im Berufe Schiffbruch erlitten hat und das junge Mädchen durch seine Steuerlosigkeit ebenfalls sozial gestrandet ist, namentlich auf sexuellem Gebiete.

So ist an psychotherapeutische Verarbeitung von Hemmungsschwierigkeiten gegenüber dem Affekt- und Triebleben im allgemeinen nur bei sonst vollwertigen Menschen heranzutreten, mindestens nur bei intellektuell Intakten. Klagen über „unwiderstehliche" Gewohnheiten, Antriebe und Suchten führen häufig zu ärztlicher Beratung. Auch hier kann nur vielseitiges Arbeiten zu guten Resultaten führen; affektive Störungen verlangen genaue Berücksichtigung, das Dogma von der Unwiderstehlichkeit mit seiner großen Überzeugungskraft und Bequemlichkeit muß energisch angegriffen, oft durch Zwang unterbrochen und nun ein Neuaufbau angestrebt werden. Auch hier leistet als erste Angriffswaffe zum

Durchbrechen der „Unwiderstehlichkeit" die reine Suggestion, namentlich in hypnotischer Form, oft Vorzügliches; sie muß aber zur rationellen Hypnotherapie ausgestaltet werden, wenn die Arbeit nicht in den Anfängen stecken bleiben soll, oder durch rationelle allgemeine Psychotherapie ergänzt und befestigt werden.

Als einfaches Beispiel der Abstellung eines „unwiderstehlichen" Antriebes gebe ich hier einen Fall von exzessiver Masturbation *).

Fräulein C., 22jährig, onanierte nach einer Operation (Ventrofixation) jeden Abend bis zu 1 ½ Stunden manuell, so daß erhebliche Vulvitis und Fluor bestanden. Es gelang, die Masturbation durch eine energische Hypnosuggestion abzustellen; zugleich wurde Schwinden der lästigen Lokalerscheinungen (Pruritus usw.) suggeriert und die Patientin auf das Häßliche usw. ihrer Handlung aufmerksam gemacht (Somnambulismus), ferner eine rationelle Allgemeintherapie und Wachpsychotherapie eingeleitet. Die Onanie unterblieb, die Lokalerscheinungen einschließiich des Fluor bildeten sich zurück (ohne jede Lokalbehandlung). Beobachtungsdauer 14 Monate seit der Hypnose, kein Rezidiv.

Eigentlich Suchtkranke, Alkoholiker, Morphinisten, Kokainisten sind womöglich Anstalten zuzuführen; doch steht der Anstaltbehandlung das soziale Odium entgegen, das selbst dem häufigen Sanatoriumsgast anhaftet, und das Bedenken des Rückfalles bei der Entlassung. Selbstverständlich ist die psychotherapeutische Behandlung solcher Erkrankungen ohne Klausur viel schwieriger und ohne zuverlässige Daueraufsicht überhaupt undurchführbar. Daß trotzdem Sprechstundenbehandlung selbst ernster Fälle derart möglich ist, beweisen zahlreiche Erfolge sachgemäßer Psychotherapie. Zur Illustration diene noch die von dem Kranken, Kollegen Landgreen, selbst mitgeteilte Krankengeschichte eines hypnotisch geheilten Morphinisten aus der Praxis Wetterstrands*).

Landgreen wurde im Anschluß an eine schwere Polyartritis im Alter von 35 Jahren Morphinist und stand 1871—1878 ständig unter Morphin. Durch eine Krankenhausbehandlung im Sommer 1878 wurde vorübergehend Abstinenz erreicht, aber unter dem Einfluß der Abstinenzerscheinungen erfolgte bereits im Herbste desselben Jahres ein Rezidiv, das zu Dauerabusus von 30—40 ctg führte. Wetterstrand gelang es in 4 Wochen mit 2—3 Sitzungen täglich (Hypotaxie) „eine unbeschreibliche Linderung" der Be-

*) Aus meiner Darstellung der Hypnose in Vogts Handbuch.

schwerden und einen absoluten Widerwillen gegen Opiatgebrauch zu erzielen, der in $2^1/_2$ Jahren, die seit der Erziehung verflossen, eher zu- als abgenommen hat. Landgreen hat seine Leidensgeschichte selbst publiziert (1894). Die Behandlung wurde in der Wohnung unter Aufsicht einer absolut zuverlässigen Wärterin durchgeführt.

Weniger eine Störung der Willensfunktion an sich als eine symptomatische Äußerung auf dem Willensgebiete ist in der Setzung abnormer Willensziele zu sehen. Gerade nach diesem Gesichtspunkte hat man vielfach Fälle beschrieben und bezeichnet, von Feuertrieb, Willensperversionen u. dgl. gesprochen, ohne sich genügend um die Psychogenese dieser Erkrankungen zu kümmern, die in allen näher untersuchten Fällen eindeutig auf das affektive Gebiet weist, indem bald Angsthandlungen, bald Heimwehimpulse, bald primitive aber an sich in keiner Weise abnorme Triebhaftigkeiten vorlagen. Das wohlgeordnete Leben friedlichen Bürgertums hat mancherlei Triebhaftes nicht sehen wollen oder als „abnorm" bezeichnet, was dem objektiven Beobachter als Zerstörungstrieb und anderes bekannt war. An den Maßlosigkeiten stürmischer Jugend lächelnd geduldet, dem Kriminalpraktiker alltäglich geläufig, haben diese dumpfen Triebhaftigkeiten in der Entfesselung von Kriegssituationen manchen Unvorbereiteten staunen lassen. Ähnlich manchen lebensfernen Psychologen. So ist die größte Mehrzahl der Fälle „abnormer Willensziele" nur in der irrigen Auffassung der Beschreibenden vorhanden. Wo sachliche Beobachtung an einem Kranken völlig unverständliche Willensziele aufdeckt, ist stets der Verdacht auf eine schwere Geistesstörung begründet, da bei näherer psychologischer Bearbeitung die auf den ersten Blick „unverständlichen" Antriebe seelisch leicht Abnormer — der Psychopathen, Hysteriker usw. — meist leicht als Übertreibungen oder Abarten ganz normaler Erlebnisse sich erweisen lassen.

Die Stellung der Gesamtpersönlichkeit zu derartigen Antrieben ist einmal von der Veranlagung abhängig, die das Verhältnis von Impuls und zentraler Hemmung reguliert. Im einzelnen ist auch hier die Frage der „Willensstärke" von Bedeutung; was beim Willensstarken nur als oft bizarrer und ichfremder Einfall durch den Kopf schießt — z. B. der Impuls im Gottesdienste auf die Bank zu springen — wird beim „Willensschwachen" besorgniserregender quälender Zwang. Von der Impulsseite aus bestimmt, wird der Impuls um so wirksamer und „unwiderstehlicher", je mehr unterbewußtes und affektives Material an ihm hängt. Die Willens-

disziplinierung ist daher mit der Psychotherapie der affektiven Störungen, namentlich psychogenetischer Klärung, zu verbinden.

Äußerst schwierig, in vielen Fällen nahezu unmöglich ist die Abgrenzung von krankhaften Willensstörungen und Simulation. Es ist hier nicht der Ort, diese Frage näher auszuführen, da der Schwerpunkt auf diagnostischem Gebiete liegt; besonders hingewiesen sei auf Utitz' feinsinnige Analyse der Psychologie der Simulation, die an Hand von Experimenten die Vielgestaltigkeit des Simulationserlebnisses aufzeigt. Utitz ließ gebildete Versuchspersonen Taubstummheit simulieren und fortlaufend addieren. Er stellte dann Entlarvungsversuche an und ließ sich von jeder Versuchsperson eingehende Selbstschilderungen geben, die für jeden, der sich mit der Simulationsfrage beschäftigt, von größtem Interesse sind. Hier ist vom praktischen psychotherapeutischen Standpunkt aus zu betonen, daß es kaum ein besseres Mittel zur Feststellung der Simulationen gibt als gemeinsames psychotherapeutisches Arbeiten mit dem Verdächtigen. Die notwendig dabei entstehende enge persönliche und individuelle Kenntnis erschwert die Durchführung der Simulation ungemein. Das Verhalten des echten Simulanten tritt nach einigen Sitzungen meist sehr deutlich aus dem Rahmen sonstiger Arbeit heraus, bald durch sonst affektiv nicht begründete Zurückhaltung, bald durch Regellosigkeit, bald durch grob faßliche bewußte Obstruktion, so daß nach einigen Stunden meist überreichlich beweisendes Material vorliegt. Es läßt sich durch die Ergebnisse einer Leistungsprüfung noch vermehren (s. oben Kapitel 6, S. 158).

Schwere Bewußtseinsstörungen kommen außerhalb der Anstalten selten zur Beobachtung. Die psychotherapeutische Alltagspraxis wird vor allen Dingen hysterischen Anfällen gerecht zu werden haben. Hier kämpft der Psychotherapeut meist einen schweren, oft hoffnungslosen Kampf mit der Einsichtslosigkeit der Umgebung. Er hat suggestive Kupierung oder psychische Isolierung anzustreben, die fast immer sofortigen Erfolg haben, aber meist auf lebhaftesten Protest der Umgebung stoßen. So wird die Entfernung aus dem schädlichen Umkreise meist die beste Lösung sein, also eine indirekte Psychotherapie. Mit chemischen Mitteln soll nur im äußersten Notfalle, dann aber energisch, eingegriffen werden. Die Wege der suggestiven Abstellung sind selbstverständlich beliebig zahlreich und nach Geschmack, Phantasie und Milieu gestaltungsfähig. Die Psychotherapie ernsterer Verwirrtheitszustände muß namentlich

beachten, daß die große Mehrzahl solcher Kranker sich ratlos oder ängstlich fühlt, und daher jeden unnötigen Zwang vermeiden, der die Situation nur verschlechtert. Die meisten erregten und verwirrten Kranken sind bei etwas Verständnis sehr leicht zu beeinflussen.

Eine eigenartige, den Bewußtseinsstörungen verwandte Alteration ist die „Entfremdung der Wahrnehmungswelt" (Österreich) oder Depersonalisation. Bei den wenigen Fällen solcher Art, die ich persönlich zu behandeln Gelegenheit hatte, lagen stets ausgesprochene depressive Veränderungen vor. Die Klagen der Kranken sind nach der vorbildlichen Zusammenfassung von Jaspers sehr charakteristisch:

„Bei leichten Graden des Phänomens kommen sich die Kranken selber fremd vor. Sie fühlen sich verändert, so anders, so mechanisch. Sie sprechen bildlich von Dämmerzustand, sagen, sie seien benommen, nicht auf natürliche Weise sie selbst. Amiel schildert in seinen Tagebüchern: ‚Ich fühle mich namenlos, unpersönlich, den Blick starr, wie der eines Toten, den Geist vage und allgemein wie das Nichts oder das Absolute. Ich bin schwebend, ich bin wie wenn ich nicht wäre.' Kranke sagen: Ich bin nur eine Maschine, nur ein Automat. Nicht ich bin es, der empfindet, spricht, ißt, nicht ich der leidet, nicht ich der schläft. Ich existiere gar nicht mehr. Ich bin nicht. Ich bin tot. Ich fühle mich als gar nichts."

Die Auffassung dieser nicht häufigen Fälle ist vielseitig; die Psychotherapie wird namentlich festzustellen suchen, ob der Zustand rein- oder halbsuggestiv, etwa durch Persuasion beeinflußbar ist, oder ob es gelingt, die Psychogenese verständlich und etwa gewonnenes verständliches Material verarbeitungsfähig zu machen. In einem von mir längere Zeit behandelten Falle schien mir ein wertendes Ablehnen der eigenen Person, ein Selbstekel hinter allem zu stehen; ähnliche Vermutungen sind von anderer Seite (Loewy) geäußert. Bei der Seltenheit ausgesprochener Veränderungen dieser Art genügt die kurze Erwähnung.

12. Somatische Störungen.

Die Psychotherapie körperlicher Erkrankungen bedarf besonderer Darstellung, weil hier nur allzuleicht die Behandlung ins ganz Körperliche entgleist; es kann selbstverständlich auch hier wie in den vorhergehenden Kapiteln keinerlei Voll-

ständigkeit angestrebt, sondern nur eine Reihe möglichst alltäglicher und instruktiver Beispiele gegeben werden.

Vom psychotherapeutischen Standpunkte aus trennen sich zunächst bei der Psychotherapie somatischer Störungen die Behandlung begleitender und die wesentlicher Psychosymptome. Als begleitendes Symptom würde z. B. die ängstliche Verstimmung Dyspnoischer, als Wesentliches die abnorme Schlaftiefe von Kranken anzusehen sein, die an der sensibelen Form der Enurisis nocturna leiden. Im ersten Fall hat die Psychotherapie eine Begleitserscheinung anzugreifen, im zweiten ein wesentliches Moment im ganzen Krankheitsmechanismus, sie bleibt im ersten Falle *symptomatisch*, während sie im zweiten Falle *kausal* wirken kann. Aber es darf nicht vergessen werden, daß eine so scharfe Trennung schematisch ist; die „begleitenden" Symptome können bei entsprechender Disposition so eindrucksvoll und nachhaltig sein, daß sie zu selbstständigen Auslösungen führen. Es kann z. B. die Todesangst des echten Angina pectoris-Anfalles so erschütternd wirken, daß die zurückbleibende Angst vor der Angst nicht nur an und für sich psychotherapeutische Verarbeitung erfordert, sondern direkt zur Auslösung von Anfällen führt. So wird die Psychotherapie der begleitenden Symptome oft unmerklich zur Psychotherapie wesentlicher Symptome. Endlich ist neben die Psychotherapie begleitender oder wesentlicher Psychosymptome die seltene und mit viel Skepsis zu beurteilende direkte psychotherapeutische Beeinflussung somatischer Symptome zu stellen, ein Gebiet, auf dem viel bedauerliche Voreiligkeit und unkritischer Enthusiasmus der ganzen guten Sache der Psychotherapie fast ebenso viel geschadet haben, wie allerlei nachbarliches Kurpfuscher- und Schwindlertum, der Christian Science und verwandter Richtungen.

Die allgemeinen Gesichtspunkte für die Psychotherapie begleitender Psychosymptome sind bereits genügend erörtert, besonders bei der Darstellung der Populär- und Wachpsychotherapie. Übereinstimmend hat die sorgfältige und individualisierende Arbeit der allgemeinen und Fachpraxis ihre überragende Bedeutung festgestellt. Der Arzt der Lungenheilstätte resumiert seine Lebenserfahrungen dahin, daß „der Tuberkulöse nicht an seiner Krankheit, sondern an seinem Charakter stirbt", der moderne Gynäkologe warnt ebenso wie der kritische Otolaryngologe vor jeder Polypragmasie besonders bei seelisch Labilen, dem Führer der wissenschaftlichen Pädiatrie verdanken wir vorbildliche Ausführungen über den „Arzt als Erzieher", die bedeutendsten Ver-

treter der inneren Medizin betonen auf Schritt und Tritt den oft entscheidenden Einfluß des Persönlichkeitsganzen, besonders bei anscheinend lokalen Neurosen, hin, kurz über die Grundfrage herrscht völlige Einigkeit.

Trotzdem sind einige psychotherapeutisch fehlerhafte Maßnahmen so ungemein verbreitet, daß sie hier kurz erwähnt werden dürfen. So liegt die Psychologie der pharmakologischen Behandlung der Schlafstörung meist sehr im Argen. Von der Besorgnis geleitet, der Kranke könne sich an das Mittel oder überhaupt an Mittel gewöhnen, geben sehr viele Kollegen ganz unzureichende Mengen, z. B. 0,3 Veronal oder dgl. Liegt wirklich eine etwas erheblichere Schlafstörung vor, so wird dadurch nur eine ganz vorübergehende oder gar keine Wirkung erzielt. Das Mittel stellt nicht die Erregbarkeit so intensiv ab, daß nun durch Selbststeuerung ein physiologischer Nachschlaf erfolgt; die Kranken erwachen entweder bald oder frühmorgens, ohne sich erfrischt zu fühlen, und sehen dem nächsten Abend mit gesteigerter Sorge entgegen. Darum heißt es in Fällen einfacher frischer Insomnie, psychotherapeutisch richtig zu ordinieren, wenn man überhaupt pharmakologisch wirken will. Es muß aus psychotherapeutischen Gründen bei der erstmaligen Verordnung eines Hypnotikums soviel gegeben werden, daß unbedingt ein nachhaltiger Effekt erzielt wird. Kranke, die dauernd schlecht zu schlafen behaupten, unterstehen selbstverständlich einer reinen Psychotherapie, die höchstens durch Hydrotherapie, eine Ganzpackung, ein prolongiertes Bad oder dgl. unterstützt werden kann.

Derselbe Fehler, der aus psychotherapeutischen Gründen ungenügender Dosierung entsteht, wird nur allzu häufig bei der Behandlung anfallsartiger Störungen begangen, so daß die Kranken nie aus ihrer krankhaften Reaktionsweise herausgerissen werden und sich sozusagen immer mehr festfahren; auch hierbei sind neben physiologischen so reichlich psychotherapeutische Momente mit im Spiele, daß eine kurze Erörterung hier gerechtfertigt erscheint. Am besten illustriert die Sachlage eine klinische Beobachtung.

Herr A., 34 Jahre alt, höherer Beamter, leidet seit der Kindheit an Asthma bronchiale. Das Leiden trat periodisch, besonders im Anschluß an bronchitische Erkrankungen auf und hat in den letzten Jahren angeblich so an Heftigkeit und Häufigkeit zugenommen, daß A. ernstlich daran denkt, seine sehr günstige Stellung aufzugeben und eine andere in anderem Klima zu suchen, da ihm alle behandelnden Ärzte erklärten, bei der Witterung seines

jetzigen Wohnortes sei eine Besserung ausgeschlossen. A. war se
Jahren bei den verschiedensten Ärzten in wechselnder Behandlun
die dazu führte, daß er abends meist mit einer unzureichende
Dosis eines Schlafmittels wenige Stunden unruhig schlief und etw
um 1, 2 oder 3 Uhr regelmäßig mit einem Asthmaanfall ve
schiedener Schwere erwachte. Nikotin und Alkohol waren ih
ganz verboten und eine so hochgradige Rauchangst bei ihm g
züchtet worden, daß A. schon mit Bestimmtheit auf einen Anf
rechnete, wenn er nur einige Minuten in einem Raum verweil
mußte, in dem geraucht wurde. Körperlich fand sich schlecht
Allgemeinzustand, chronisch-expiratorische Dyspnoe, diffuse trocke
Bronchitis, erhebliches Emphysem, kein sicherer Befund tuberkulös
Art; ferner Eosinophilie des Blutes von 14 %, zahlreiche Degen
rationszeichen und Symptome einer Thyeotoxikose: Strum
Exophthalmus und Tachykardie; also das Bild einer chronisch
asthmatischen Dyspnoe bei einem konstitutionell Abnormen.

Seelisch bestand eine ausgesprochene Depression, die n
allzu verständlich war, weil A. sich seit annähernd Jahresfrist
diesem quälenden Zustande befand. A. wurde zunächst dara
hingewiesen, daß sein Leiden in der Mehrzahl der Fälle durcha
beeinflußbar sei, wenn auch immer eine gewisse Disposition b
stehen werde; daß er äußere Auslösungen, wie Nikotin, Alkoh
einmaligen Temperaturwechsel durchaus nicht in dieser übertrieben
Weise zu fürchten und zu meiden brauche, und daß es sicher g
lingen werde, seine Beschwerden wesentlich zu mildern. Zunäch
sei es absolut erforderlich, den bestehenden chronischen Erregun
zustand einmal vollständig zu durchbrechen. A. wurde angewies
sich abends zeitig zu legen und 3,0 Chloradhydrat zu nehmen; r
Rücksicht auf die Bronchitis wurden kleine Mengen Jod verordn
und, da A. sehr druckempfindliche, elektrisch überregbare Nerv
stämme und Andeutung von Chvostek und Trousseau zeig
wie so oft bei Asthma bronchiale, Kalziumbehandlung eingeleit

Der Erfolg der energischen Erregbarkeitsverminderung w
physiologisch vollwertig, die dadurch erreichte psychotherapeutisc
Beeinflussung außerordentlich. A. fing an zu erleben, daß s
Leiden, das er unter jetzigen Verhältnissen als unheilbar ans
besserungsfähig sei; er erhielt nun zur eigenen Sicherung eini
Ampullen Asthmolysin, die nicht oft angewendet zu werd
brauchten, und es gelang, ihn von seiner induzierten Hypochond
zu befreien, leistungs- und genußfähig zu machen. A. konnte sein
Dienste vorstehen, nahm wieder an Gesellschaften teil, rauchte u

tränk in mäßigen Grenzen und hatte nur im Verlaufe einer fieberhaften infektiösen Bronchitis vorübergehend mit stärkerer Dyspnoe zu kämpfen.

Die Festigung des Selbstvertrauens bei solchen konstitutionellen Leiden ist psychotherapeutisch die wichtigste Aufgabe; sehr häufig wird sie auch bei Nervösen mit empfindlichen Verdauungsorganen durch unzweckmäßige ärztliche Verordnung erschwert, wie der folgende Fall lehrt:

Dr. B., Dozent der Philosophie, 34jährig, stammt aus nervöser Familie und war von jeher eigenartig. Sensibel, zurückhaltend und von reger Phantasie führte er ein reiches Innen- und Gedankenleben, während die Auseinandersetzung mit praktischen Lebensfragen ihm stets viel Mühe kostete. Ein ausgesprochener Nachtarbeiter saß er schon als älterer Schüler bis tief in die Nacht über philosophischer Lektüre, um dann morgens, meist nüchtern, in die ihm wenig sympathische Schule zu stürzen, eine Zeiteinteilung, der er auch während der Studentenjahre treu blieb. Im dritten Semester machte er eine unklare Darmerkrankung durch, von der Magenstörungen angeblich bis jetzt zurückblieben. Zahlreiche Ärzte, die B. zu Rate zog, stellten bald vermehrte, bald verminderte Magensaftabsonderung fest, er erhielt die verschiedensten Diätvorschriften, namentlich nachdem einmal der Verdacht auf ein Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür geäußert und dem Kranken mitgeteilt wurde, der damals 21 Jahre alt war. Nun nahm er nur noch Schonungsdiät zu sich und „trotzdem" wurden die Magenbeschwerden nicht geringer. Der Stuhlgang war unregelmäßig, meist sehr träge, und der Kranke im Laufe des Jahres mit dem Gedanken fest vertraut, er habe ein „chronisches Magendarmleiden". Die Untersuchung zeigt ausgesprochen asthenischen Habitus, Myopie, Zeichen gesteigerter nervöser Erregbarkeit und erheblicher Unterernährung. B. wurde zunächst 14 Tage klinisch beobachtet. Es ergaben sich nie Zeichen einer organischen Erkrankung des Magendarmkanals, nie Blutauscheidung in den Abgängen, keinerlei Störungen der Ausnutzung gereichter Probekost, regelrechter röntgologischer Befund. Der beobachtende Internist gab sein Urteil dahin ab, daß es sich um eine Neurasthenie handele und sandte B. zur nervenärztlichen Behandlung zurück. Diese stieß nun zunächst auf ganz erhebliche Schwierigkeiten, da B. „durch jahrelange Erfahrung und Selbstbeobachtung" fest überzeugt war, an einem „chronischen Magendarmleiden" erkrankt zu sein, dafür auch eine Anzahl autoritativer ärztlicher Urteile anführte und

sich energisch weigerte, von der „Schonungsdiät" abzugehen. Hie bedurfte es wochenlanger, systematischer und energischer Wach psychotherapie, um den Kranken von seinen Irrtümern loszu arbeiten; es wurden mit dem hochintelligenten und sehr inte essierten B. das gesamte Problem des Stoffwechsels genau durch gearbeitet, wobei sich eine überraschende Unkenntnis der ein fachsten Grundlagen bei dem etwas realitätsfeindlichen und ant materialistischen Kranken herausstellte. Immer wieder wurde ihm die Subjektivität seiner Beschwerden, der Beweis für die einwand freie physiologische Leistung seiner Verdauungsorgane und di erhebliche Schädigung seines an und für sich schon wenig robuste Körpers durch die ganz unzweckmäßige Ernährung vorgehalte Seine Tageseinteilung wurde für die Behandlungszeit abgeänder geistige Arbeit verboten und ein sachgemäßes Training des ver nachlässigten Körpers durch Turnen, Schwimmen, Wandern un Massage angestrebt. Erst nach 3 Wochen war B. dazu zu bewege seine „Diät" aufzugeben und zu essen wie jeder Darmgesund Der Erfolg war überraschend und, da die Diätbehandlung aus reichend psychotherapeutisch vorbereitet war, dauernd.

Gerade bei solchen der Hypochondrie nahestehenden Zustände ist die Psychotherapie von unendlicher Bedeutung, da sie erst ge währleistet, daß der Kranke aus freiem Antriebe und voller Ein sicht die richtige Marschroute innehält, während aufgezwungen Diätänderungen meist bald wieder einem Rückfall weichen.

Die Psychotherapie wesentlicher Psychosymptome be körperlichen Erkrankungen umfaßt einen bedeutendsten Teil de Gesamtpsychotherapie. Auch hier geben einige Fälle den beste Einblick in die psychotherapeutische Arbeit.

Der 17jährige Seminarist C. leidet seit seiner Kindheit a Bettnässen, das nur nachts auftritt, während er bei Tage ni Zeichen von „Blasenschwäche" bemerkt. Vorgeschichte und Unte suchung ergeben, wie in der großen Mehrzahl dieser Fälle vo „sensibeler" Enuresis nocturna nichts Besonderes, namentlich keinerl Anzeichen eines örtlichen oder eines organischen Nervenleiden C. ist in jeder Beziehung durchschnittlich, nur ein wenig schwäch lich; die Seminararbeit strengt ihn erheblich an, er ist meist nach mittags um 4 Uhr so erschöpft, daß er sich mit bewußter An strengung wachhalten muß. Bei Tage uriniert er in etwa 4stündige Pausen. Es handelt sich also hier, wie in der Mehrzahl der Fäll von Enuresis nocturna, um ein Nichtbemerken der Spannungs empfindungen der Blase im Tiefschlafe (sensibele Form). C. wir

nach kurzem Fixieren eines Ringes in sitzender Stellung hypnotisiert und nun suggestiv in doppelter Weise behandelt. Erstens wird ihm für die nächsten Wochen allnächtliches, störungsfreies Erwachen um 12 und 3 Uhr aufgegeben; er soll dann das Bett verlassen, urinieren, sich sogleich wieder legen und weiter schlafen; zweitens wird eine Hand des Suggestors auf die Blasengegend gelegt und nun die Empfindung der Blasenfüllung und -spannung sowie des Harndranges ausführlich und eindringlich suggeriert. C. bittet mit monotoner Stimme um ein Uringlas und uriniert mit halbgeschlossenen Augen, setzt sich dann auf Geheiß wieder und schläft 10 Minuten nach. Beim Erwachen besteht Erinnerungslosigkeit. C. erhält ein auf ein Kartenblatt gezeichnetes Uhrenzifferblatt mit, worauf die Zeiger auf 12 und 3 stehen und die Weisung, dieses Bild jeden Abend vor dem Einschlafen 2 Minuten lang zu fixieren. C. erfüllte alle suggestiven Aufträge, teilweise erwachte er nachts beim Urinieren vollständig, teilweise wußte er am nächsten Morgen nichts davon, bemerkte aber den Urin im Nachtgeschirr. Die Störung war beseitigt. Die Wecksuggestion wurde nach einem halben Jahre auf 2 Uhr verlegt und durch nochmalige energische Belebung der Blasenspannungsempfindungen dahin ergänzt, daß C. aufstehen und urinieren werde, wenn im Schlafe Harndrang aufträte. Bettnässen trat nicht mehr auf. C. ist jetzt 24 Jahre.

Solche leichtere Fälle „sensibeler" Enuresis nocturna reagieren nach der übereinstimmenden Erfahrung aller Hypnotherapeuten ausgezeichnet.

Im übrigen darf ich bezüglich der Psychotherapie der Enuresis hier anführen, was in meiner erwähnten Darstellung der Hypnotherapie gesagt ist:

Vom Standpunkte der Therapie scheiden wir zweckmäßig eine Form mit pathologisch tiefem Schlaf von einer anderen, wo irgendwelche Erregungen (psychische Traumen!) diesen Schlaf stören, ferner eine vorwiegend motorische von einer vorwiegend sensibelen Form. Bei dieser wird der Abgang von Harn (oft auch Stuhl) nicht bemerkt, bei jener besteht Unfähigkeit, die Sphinkteren zu beherrschen, obwohl die Entleerung beobachtet wird.

Beginnen wir mit der Enuresis diurna, so gehen wir hier ganz verschieden vor, je nachdem es sich um eine mehr motorische oder mehr sensibele Schwäche handelt.

Die Grundlage der „motorischen" Enuresis bildet meist ein gesteigerter Urindrang (Janets „pollakiuriques"). In leichter Hypnose

werden nun Termine der Urinentleerung gesetzt und durch immer weitere Zwischenzeiten systematisch der pathologische Urindrang herabgesetzt; für die Zwischenzeit werden allgemein pädagogische und beruhigende Suggestionen gegeben. Die motorische Enuresis diurna ist ein exquisit gutartiges Leiden, das fast immer nach 2—3 Sitzungen beschwerdefreie Pausen von 3—4 Stunden und damit Heilung erreichen läßt.

Hartnäckiger ist bisweilen die sensibele Form der Enuresis diurna. Nur selten gelingt es, in einem psychischen Trauma mit anschließender Dissoziation die Ätiologie aufzudecken (Franck), in den meisten Fällen müssen wir uns begnügen, mit aller Energie die fehlenden Empfindungen zu wecken, wobei wir uns zweckmäßig der Somnambulhypnose mit Hyperästhesie bedienen. Die Hände des Arztes werden auf die Blasengegend gelegt und nun die Sensationen der Entleerung möglichst anschaulich geschildert, ein Gefühl der Völle, des Druckes, des Unbehagens, ein Kitzel-, Brenn- und Kribbelgefühl und das Bedürfnis zu urinieren. Sehr häufig verlangen die Kranken (besonders Kinder) sogleich nach dem Nachtgeschirr und man läßt nun, ohne die Hypnose zu unterbrechen und unter eindringlicher Suggestion intensiver begleitender Empfindungen urinieren. Tritt diese oft beobachtete Reaktion ein, so kann man mit Bestimmtheit auf Erfolg rechnen; bleibt sie aus, so ist der Patient zu wecken, zu beobachten und einige Male der Versuch zu wiederholen. Bei indolenten Kranken empfiehlt es sich, den Eindruck der Verbalsuggestion durch schmerzhafte Reize, besonders intensives Faradisieren der Lumbalgegend zu verstärken. Der Schmerz wird mit den Empfindungen der Blasenfüllung fest assoziiert und lenkt später im Wachleben gebieterisch die Aufmerksamkeit auf die Entleerung, besonders wenn diese Assoziation ausdrücklich suggeriert wird.

Bei der Enuresis nocturna sind zunächst die Schlafstörungen zu behandeln; viele Patienten legen sich bereits ängstlich zu Bett, besonders Kinder „energischer" Eltern. Diese Angst ist zunächst zu beseitigen und die Autosuggestion, daß kein Einnässen eintreten werde, gerade für die Zeit vor dem Schlafengehen mit eindringlichen Terminsuggestionen dauernd zu fixieren. Die „motorische Form" wird durch weitere Terminsuggestion kupiert, indem je nach der Ausdehnung der im Wachzustand erreichten Pausen 3—6maliges Aufwachen Nachts suggeriert und das Verhalten beim Erwachen genau geschildert wird: Leichtes, angenehmes Erwachen, sofort aufstehen, urinieren (wo und wie), ruhig wieder zu Bett gehen, sofort wieder einschlafen. Wird der Termin nach Stunden an-

gegeben, so muß im Schlafzimmer, besonders bei Kindern, eine Uhr hängen, deren Schlag die Realisierung befördert. Oft sind die Kinder am nächsten Morgen amnestisch. Diese Unterbrechungen des Schlafes werden nun immer seltener suggeriert, schließlich schläft der Kranke durch.

Schlägt die Wecksuggestion auch in Kombination mit schmerzhaften Reizen nicht an, so suggeriert man nach Bérillon in tiefer Hypnose Schlaflosigkeit und Lenkung der Aufmerksamkeit auf die Urinentleerung und läßt erst allmählich wieder ein paar Stunden schlafen.

Bei der „sensibelen" Form der Enuresis nocturna ist das größte Gewicht auf die Wahrnehmung der bevorstehenden Entleerung zu legen und energisch zu suggerieren, daß diese auch im tiefen Schlafe erfolgt bzw. daß der Schlaf niemals so tief wird, daß ein Nichtbemerken eintritt; die sonstige Schlafbehandlung wie bei der „motorischen" Form.

Man vergesse nie, die Kranken, besonders Kinder und Jugendliche, beim Ehrgefühl zu packen (Ringier) und eine ausgiebige psychische Orthopädie anzuschließen.

Bei diesem Vorgehen kann man bei 70—80% der Fälle auf Heilung rechnen (Liébeault, Bérillon u. a.); von Interesse ist, daß auch krankmachende Suggestionen ähnlicher Art bei Kindern von großem Einfluß sind. Ringier teilte 1893 mit, daß sein 5jähriges Töchterchen den Urin ins Bett ließ, weil ihm Spielkameraden nach Pflücken von Ranunculus acris, dort Pisse-en-lit genannt, diesen Erfolg suggeriert hatten.

Über die von Farez, Sante de Sanctis u. a. empfohlene Therapie der Enuresis nocturna durch Suggestionen im Normalschlaf, die ja nach der Tiefe des Schlafes leise im Kommandoton zu geben sind, liegen ausgedehntere Erfahrungen noch nicht vor. Ich kann nach einigen wenigen Fällen bestätigen, daß man so Erfolge hat.

Ungemein dankbar ist die Psychotherapie wesentlicher Psychosymptome vieler Onanisten. Die Onanie an und für sich als krankhaft aufzufassen, ist sicher verfehlt. Sie kann nur von der Persönlichkeit aus beurteilt werden und ist in der großen Mehrzahl der Fälle ein Notbehelf oder eine schlechte Angewohnheit. Psychotherapeutische Beeinflussung erfordern nur die Fälle, wo die Onanie überwertig ist. Die Grundlage dieser Erscheinung ist ungemein vielseitig. Dunkle Schuldgefühle bei Skrupulösen, subjektive, physiologisch bedingte Mißempfindungen (s. oben S. 14),

gesteigertes Phantasieleben, Wirklichkeitsflucht, Passivität, Verweichlichung, schädliche Umwelteinflüsse, verfehlte hygienische Maßnahmen u. v. a. m. können bei sonst Normalen zu erheblicher Vermehrung der Onanie führen und Abhilfe fordern. Wirklich pathologisch wird die Onanie erst bei Psychopathen, die bei ausreichender Gelegenheit zu legalem Verkehr die Masturbation vorziehen, während beim Vorliegen eigentlicher Psychosen (Schwachsinn, Dementia praecox) die Onanie nur die Bedeutung eines Symptomes hat. Die ersterwähnten Gelegenheitsonanisten sind psychopädagogisch meist leicht zu beeinflussen. Ist die Gewohnheit stark eingewurzelt, so daß namentlich die Anschauung besteht, ohne Onanie nicht einschlafen zu können, so empfiehlt sich hypnosuggestive Behandlung, wie in dem oben erwähnten Falle (S. 284).

Die eigentliche, echte Onanie der Psychopathen mit Abwendung vom normalen Verkehr ist nur in älteren Fällen einfacher Suggestivbehandlung zugänglich; hier kann, namentlich bei einigermaßen kritischen und differenzierten Kranken, nur eine ganz eingehende Durcharbeitung der gesamten Persönlichkeit etwas leisten, wie sie weiter oben bei anderen sexuellen Anomalien in Beispielen dargestellt ist (S. 259).

Sehr wichtig ist die Psychotherapie wesentlicher Psychosymptome bei allen Koordinationsneurosen. Als Beispiel diene ein Fall von Stottern und ein Fall von Schreckzittern.

E., 28jährig, Fabrikarbeiter, ist seit Kindheit schwerer Stotterer, er hat als kleines Kind Krampfanfälle gehabt, die Schule aber, bis auf den Sprachfehler, regelrecht durchlaufen und seine beruflichen Aufgaben gut erfüllt. Er ist in einem Verein geschätzter Sänger und Deklamator, nur in der freien Unterhaltung tritt periodisch, besonders bei Erregung, nach durchwachten Nächten und bei sonstigen Indispositionen starkes reduplizierendes und hesitierendes Stottern mit lebhaften Nebenbewegungen auf. Alkohol verbessert die Sprachleistung vorübergehend, bei größeren Mengen und besonders im Kater ist die Sprachstörung stärker. Mehrere Übungskurse in Sprachinstituten blieben erfolglos. E., ein sehr intelligenter und geistig reger Mensch mit Selbstdisziplinierung, gibt eine sehr eingehende Eigenschilderung; er steht seinem Fehler ziemlich objektiv gegenüber, nur leidet sein Selbstgefühl erheblich, da er fürchtet, lächerlich zu wirken. An diesem Punkte setzte die Behandlung ein. E. wurde zunächst leicht hypnotisiert. Er sprach in Hypnose zweiten Grades völlig fließend, setzte auch die sonst kritischen Anlaute tadellos an. Er wird nun allmählich, während

er selber angehalten wird, weiter zu sprechen, in Wachzustand überführt und ihm ad aures demonstriert, daß lediglich seelische Beeinflussung ihm freie Sprache geben kann. Nach dieser hypnotherapeutischen Vorbereitung wird er energisch wachpsychotherapeutisch beeinflußt, besonders seine Einstellung zum Sprechen wird genau mit ihm bearbeitet. Erstens in dem Sinne, daß er nie an das Sprechen, sondern an das Gesprochene oder Zusprechende denken dürfe. Dann, daß leichte Sprachunsicherheiten gleichgültig seien und den meisten Menschen nur durch die übertriebene Unruhe der Sprachschwachen auffielen. Endlich wurde er in systematischen Hemmungs- und Erschlaffungsübungen der hauptsächlich mitbewegenden Muskelgruppen vor dem Spiegel unterrichtet und angewiesen, jeden Abend eine halbe Stunde so zu üben. Bereits nach drei Sitzungen war der Fortschritt ein ganz außerordentlicher. E. lernte seine Schwäche so beherrschen, daß er bei Unbekannten kaum mehr auffiel.

Der 22jährige Pionier F. wurde vor 8 Wochen durch einen Volltreffer abgeschleudert und begann auf dem Abtransporte lebhafte Schüttelbewegungen mit den Armen, die in zwei Lazaretten unverändert fortbestanden. Es handelt sich um einen etwas kindlich aussehenden Menschen, der pro Minute etwa 96 mal mit beiden Armen rhythmisch zuckt und schüttelt. F. hat gespannten Gesichtsausdruck, glänzende Augen, beschleunigte Atmung und Herztätigkeit und schwitzt stark. Es handelt sich bei diesem Zitterer um einen Angstzustand, der sich auch bei Befühlen der Muskeln in enormen Spannungen verrät. Die erste Aufgabe ist daher nicht im Abstellen des Zitterns, sondern im Aufheben der Angstspannung gegeben. Es wird dies so erreicht, daß F. angewiesen wird, beide Schultern so energisch wie möglich hinaufzuziehen und auf „3“ ganz schlaff fallen zu lassen. In diesem Moment wurden die nun für einen Augenblick miterschlafften Arme schnell wagrecht nach vorn gehoben und blieben regungslos stehen. F. geriet dabei in einen leicht veränderten Bewußtseinszustand, aus dem er schnell aufgerüttelt werden konnte; das Zittern blieb verschwunden. Selbstverständlich ist das eine rein symptomatische Therapie, der nun die Gesamtpsychotherapie mit Beschäftigung, Aufklärung, Disziplinierung, kurz mit der Beeinflussung des ganzen Menschen folgen muß. Auf die Bedeutung der Spannungsbeseitigung ist ganz neuerdings mit Recht von Singer hingewiesen; er hat meines Erachtens nicht genügend hervorgehoben, daß es sich um ein exquisites, persistierendes Angst-, ein Psychosymptom spezieller

Art handelt, das im Rahmen der gesamten Schreckwirkung auc psychogenetisch eine Sonderstellung einnimmt.

Als wesentliches Psychosymptom muß hier auch an de Schmerz erinnert werden, der häufig in außerordentlichem Maß suggestiv, namentlich hypnotisch, beeinflußt werden kann; es mu dem erfahrenen Hypnotherapeuten immer wieder überraschen sein, wie wenig derartige Leistungen allgemein ärztlich bekann sind; schmerzlose Geburtleitung, Euthanasie bei quälenden Leide u. a. m. sind oft ohne viel Mühe zu erzielen. Eine ausgedehnt Übersicht über diese Fragen habe ich in meiner erwähnten Dai stellung der Hypnotherapie gegeben.

Und gerade die Hypnotherapie führt zu dem letzten, schwierig sten Punkte dieses Kapitels, der direkten psychothera peutischen Beeinflussung „körperlicher" Vorgäng Wer sich die Auffassung der biopsychischen Einheitlichkeit de Organismus zu eigen gemacht hat, wird hier wenigstens die Mög lichkeiten sehen; er wird verstehen, daß alles „Funktionelle", be sonders also Vasomotoren, Sekretion und Bewegungsorgane, der Einfluß richtig geleiteter Suggestion zugänglich sein muß, gan besonders in der erweiterten und vertieften hypnotischen Sug gestionswirkung. Er wird keinen prinzipiell ablehnenden Stanc punkt halten können, wenn zuverlässige Autoren, wie Kohnstamm Kreibich u. a. Hautveränderungen und Abänderungen de Menstruation durch Hypnose berichten, er wird nicht überrasch sein, wenn der „injectio vacua", der Luftinjektion oder lediglic dem Nadelstich am Rücken eines Tuberkulösen eine „Reaktion mit Temperatursteigerung folgt und bei kritischen Beobachter direktiv psychotherapeutischer Beeinflussung auch bei Affektione einiges Recht zugestehen, wo das ärztliche Alltagsdenken zunächs in die Apotheke führt. Auch hier mögen einige Fälle ver anschaulichen.

Frau G., 40jährig, benutzt seit Jahren steigende Mengen Abführ mittel; ohne solche ist sie angeblich völlig darmträge. Patientin bei der die Untersuchung nichts Wesentliches ergibt, wird ange wiesen, sich auf das Untersuchungssofa zu legen. Sie verfällt nac kurzem Fixieren und einigen verbalen Suggestionen in Hypnos und erhält nur die kurze knappe Suggestion, jeden Morgen um 8½ Uhr werde sich Stuhlgang einstellen. Die Kranke erwacht amnestisc nach sorgfältiger Desuggestionierung und realisiert den Auftrag ab solut exakt seit 3 Jahren. Bei jüngeren, impressionablen Mensche genügt meist ein ganz kurzes, scharfes Fixieren und Befehlssuggestio

im Wachzustande. Bei solchen Beeinflussungen handelt es sich sicher vielfach um die Beseitigung rein psychischer Hemmungen und gewissermaßen erzieherische Wirkungen; es sei aber demgegenüber daran erinnert, daß Krafft-Ebing die Wirkung einer starken Rizinusdosis hypnosuggestiv aufheben konnte und hypnotische Beeinflussungen von Kardiospamus, Enteritis membranacea u. a. motorischen und sekretorischen Darmstörungen von einwandfreien Beobachtern mitgeteilt sind.

Fräulein v. H., 26jährig, aus nervöser Familie, leidet seit Monaten an so intensiven Akroangiospasmen, daß sie für Stunden arbeitsunfähig ist. Die Anfälle reagieren prompt auf Hypnosuggestion intensiver Wärmeempfindung.

Die Kasuistik ließe sich leicht vermehren; die erwähnten Fälle stehen auf der Grenze des Funktionellen. Doch sei in diesem Zusammenhange nochmals an die Darstellung hypnotischer Hautveränderungen mit Narbenbildung (Kohnstamm-Pinner, Heller-Schultz u. a.) erinnert. Auf diesem Gebiete ist übertriebene Skepsis ebenso schädlich, wie blinder Enthusiasmus. Nur die sorgfältige Beobachtung einwandfreier Fälle kann weiterführen. So möchte ich hier erwähnen, daß ich über Sprechstundenfälle verfüge, bei denen lange vergeblich behandelte, dann seit Jahren ignorierte verrucae simplices nach einmaliger Hypnosuggestion verschwanden, wobei ich das „post" und „propter" hoc unentschieden lasse. Hier soll nur die Frage der prinzipiellen Möglichkeit solcher Einflüsse eröffnet werden.

13. Die Persönlichkeitsfrage.

In der gesamten bisher gegebenen Darstellung wurde immer wieder von den verschiedensten Seiten auf den psychotherapeutisch entscheidenden Gesichtspunkt hingewiesen, daß jede ernst zu nehmende Psychotherapie das Persönlichkeitsganze angehen oder mindestens im Auge behalten soll; während die überzeitige Gestaltung der lernfähigen Funktionen „Intelligenz" entstehen läßt, während der „Charakter" als anlagemäßig bestimmte voluntär auswählende Grundeinheit und letzte, in ihren tiefsten Grundlagen konstante „Konstellation" der Fülle und Weichheit des Erlebens ein etwas starres Siegel aufprägt, wie in den einführenden Erörterungen dargestellt, sollte die überzeitige Gestaltung der erlebensfähigen Funktionen die „Persönlichkeit" entstehen lassen. Für den „Charakter" wurde als besonders wesentlich die impressive und aktive Seite der einseitigen Bewußtheit angesehen, woraus sich die Grundformel der Reagibilität („Temperament"), die (konstitutionelle)

Grundstimmung und die Aktivitätsentwicklung („Willensstärke" ableiten, während die rezeptiven und mnemischen Funktionen da wesentliche Intelligenzmaterial darstellen, vermehrt um die Denk seite der Aktivität. Das Persönlichkeitsganze aber kann und dar dem Psychotherapeuten nicht ein Ganzes im Sinne der bloßen Summ aller Anlagen und differenten Seiten des Seelischen sein, sondern ei Ganzes in dem wesentlichen Sinne, das die Persönlichkeit ein Einheit höherer Art darstellt, der subjektiven Einheit un Einzigartigkeit des Icherlebnisses entsprechend. Nicht ein Neben einander verschiedener, mehr minder korrespondierender oder un abhängiger Funktionen und Qualitäten, nicht ein Nacheinander nu assoziationistisch mechanisch gebundener Elemente ist das Per sönlichkeitsganze für den wissenschaftlichen Psychotherapeuten sondern eine organisch gewachsene Einheit mit Selbst ständigkeit, innerster Gesetzlichkeit und erfühlbare stylhafter Struktur.

Immer deutlicher ist diese Auffassung der Persönlichkeit in de letzten Jahrzehnten der wissenschaftlichen Psychologie vorbereitet un herausgearbeitet; das zunehmende Betonen aktmäßiger seelischer E scheinungen, die eingehenden Bearbeitungen von Willens- und Trieb erlebnissen, die immer allgemeinere Ablehnung einer Psychologi die das Seelische als reinen Aufnahme- und Reaktionsapparat z verstehen und darzustellen sucht wie die Assoziationspsychologi die Abgrenzung von psychischen Spontanitäten, vom Geltungs bestreben (Gebsattel) vom „Wachtriebe" als Bedingung des Bewuß seins und insbesondere der Empfindungen (Picker), um nur ei paar bekannte Beispiele zu erinnern, alle diese Forschungen weise in derselben Richtung. Ein kritischer Psychovitalismu mit stark biologischer Fragestellung ist im Werden un von ihm darf eine Psychologie erwartet werden, die endlich nac jahrzehntelangen für den Psychotherapeuten ziemlich unlebendige methodisch aber unerläßlichen Vorarbeiten auch dem Psychothera peuten wirklich etwas geben kann. Es ist das psychotherapeutisc nicht hoch genug zu bewertende Verdienst der Vertreter der „ange wandten Psychologie" hier die wichtigste methodologische un materielle Vorarbeit geleistet zu haben und die wissenschaftlich Psychologie aus einer halb philosophisch-, halb experimentell-theore tischen Wissenschaft zu einer „angewandten", zu einer Wissenscha des Lebens und damit einer lebendigen Wissenschaft gemacht z haben; diese Forschungsrichtung wird stets mit dem Namen ihre Führers William Stern, Hamburg, verknüpft bleiben. So habe

Stern und seine Mitarbeiter neben ausgedehnten sammelnden Maßstudien an Normalen besonders zum ersten Male wissenschaftliche Gesichtspunkte für die Beobachtung und Beschreibung von Persönlichkeiten gegeben; sie bezeichnen die so nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten gewonnenen Darstellungen als Psychogramme, die Forschung als die psychographische. Als Paradigma solcher Arbeiten möge hier der Entwurf eines psychographischen Schemas der für die Ausübung der höheren (speziell akademischen) Berufe wichtigen Funktionen und Dispositionen dienen. Er entstammt der Studie von Ulrich über die psychologische Analyse der höheren Berufe und hat besonders, da die Verfasserin Kollegin ist, den ärztlichen Beruf im Auge (Zeitschrift für angewandte Psychologie, XIII, 1, 1917.)

(Entwurf eines psychographischen Schemas s. S. 302—309.)

Nur eine Wissenschaft war bereits für ihr Sondergebiet zu ähnlichen Aufgaben vorgedrungen, die Psychiatrie; der jüngeren Psychiatergeneration ist es gelungen, für bestimmte Fragen allgemeineren Interesses Darstellungen von ähnlicher Kritik und Sorgfalt auszuarbeiten, so namentlich auf kriminal- und sexualpsychologischem Gebiete, wo z. B. in den Gruhle-Wetzelschen Verbrechertypen, in Willmanns Studie über die Landstreicher, in Bonhöffers Bearbeitung der Prostitution, in Gregors Darstellung der Verwahrlosung, in Hirschfelds geschlechtlichen Entwicklungsstörungen Musterleistungen vorliegen, deren Studium jedem psychotherapeutisch Interessierten dringend empfohlen werden kann.

Hier ist ein völlig genaues Folgen oder ausführliches Darstellen dieser Forschungen nicht notwendig; der Gesichtspunkt der Therapie erfordert eine andere Behandlung, die mehr in dem Sinne einer Biologie der Persönlichkeit ausfallen muß, wobei genügend zum Ausdruck kommt, daß als „Persönlichkeit" psychophysische Artung und psychophysische Erlebensgestaltung anzusehen ist. Dem Plan der vorliegenden Darstellung entsprechend, sollen die drei Kardinalpunkte: Intelligenz, Charakter, Persönlichkeit zu physiologischen Gesichtspunkten in Beziehung gesetzt werden. Da zeigt sich leicht, daß die Reizrezeption und die mnemischen Funktionen vor allem der Intelligenz die konstitutionelle Reaktionsweise (Stoffwechsel!) dem Charakter entsprechen. Selbstverständlich nicht im Sinne einer einfachen gesetzmäßigen Korrelation, als müßte z. B. einem bestimmten Charaktertypus einer der bereits erkennbaren Stoffwechseltypen gesetzmäßig und ausnahmslos zugehörig sein, obwohl hier sicher, wie bereits naive Temperaments-

Entwurf eines psychographischen Schemas der für die Ausübung der höheren (speziell akademischen) Berufe wichtigen Funktionen und der ihnen zugrunde liegenden Dispositionen (Anlagen, Eigenschaften).

Sind folgende Eigenschaften:
a) für die Ausübung Ihres Berufes,
b) für das ihm vorausgehende Studium[1])

I = wünschenswert; II = sehr wichtig; III = unbedingt erforderlich, oder aber: — I = unerwünscht; — II = sehr hinderlich; — III = ein unbedingter Gegengrund[2]).

A. Physische Eigenschaften.

1. Eine feste Gesundheit im allgemeinen.
2. Besondere körperliche Widerstandskraft auf bestimmten Gebieten. Auf welchen?
3. Eine besondere Widerstandskraft des Nervensystems (inkl. Sexualität).
4. Große Kraft der Körperbewegungen (Muskelkraft). Ev. welcher Muskelgruppe im besonderen?
5. Eine kräftige, klangreiche und ausdauernde Stimme.

B. Psychophysische Eigenschaften.

a) Auf motorischem Gebiet.

I. Intendierte Zweckbewegungen (Handlungen) = solche, die der Verwirklichung von (Bewegungs-)Vorstellungen dienen.

II. Ausdrucksbewegungen = solche, die dem Ausdruck von Vorstellungen resp. Gefühlen dienen.

6. Geschicklichkeit der Bewegungen. Ev.: In welcher speziellen Form. (Schnelligkeit, Gleichmäßigkeit, Sicherheit, Treffsicherheit beim Zielen, feine Abstufung der Kraft und des Umfangs der Bewegungen) und für welche bestimmten Muskelgruppen (z. B. Handgeschicklichkeit)?
7. Die Fähigkeit deutlichen Sprechens.
8. Die Fähigkeit schnellen Sprechens.
9. Die Fähigkeit, seinen Gefühlen durch Gesten, Mimik, Modulation der Stimme adäquaten Ausdruck zu verleihen.

1) Punkt b ist, wenn überhaupt, getrennt von Punkt a zu beantworten.

2) Es ist sehr erwünscht, daß die Rubriken nicht bloß zahlenmäßig ausgefüllt, sondern jede einzelne Antwort genauer spezifiziert, begründet und durch Beispiele belegt wird.

b) auf sensorischem Gebiet.

c) auf sensomotorischem Gebiet (Reaktion).

I. Willkürliche Reaktion.

1. Einfache Reaktion.

2. Wahlreaktion.

II. Unwillkürliche Reaktionen.

C. Psychische Eigenschaften.

a) auf dem Gebiete des Vorstellens (Intellektualität).

I. Die Art des Vorstellens (Vorstellungstypen).

10. Die Fähigkeit, unwillkürliche Ausdrucksbewegungen (z. B. Zeichnen der Unruhe, des Mißvergnügens), willkürlich zu unterdrücken.

11. Besondere Schärfe und Feinheit der Sinneswahrnehmungen. Auf welchem Sinnesgebiet. (Gesicht, Gehör, Geruch, Geschmack, Gefühl.) Ev.: In welcher besonderen Ausprägung? (z. B. Empfindlichkeit für Farbenunterschiede, Unterscheidungsvermögen für Geräusche, spez.: gute Auffassung gesprochener Worte, Feinheit der Tastempfindung, der Gewichtsschätzung, Lage- und Bewegungsempfindung, d. h. Orientierung über Stellung und Bewegung einzelner Körperteile ohne Kontrolle des Auges, Unterscheidungsvermögen für Temperaturdifferenzen, Richtungsschätzung, Größenschätzung, Zeitschätzung usw.).

12. Die Fähigkeit, auf Grund eines bestimmten Sinneseindrucks schnell eine bestimmte Bewegung auszuführen.

13. Die Fähigkeit, unter verschiedenen, in einem bestimmten Falle möglichen Bewegungen (Handlungsweisen) schnell und sicher die richtige (resp. zweckmäßige) Wahl zu treffen.

14. Die Fähigkeit zu schneller und richtiger Entscheidung in gefährlichen Lagen (Geistesgegenwart).

15. Die Fähigkeit zur Unterdrückung unwillkürlicher Reaktionen (z. B. Zusammenzucken, Abwehrbewegungen, Mitbewegungen usw.)

16. Ein bestimmter Vorstellungstyp (d. h. Gedächtnis und Vorstellungsweise) gründen sich vorwiegend auf:
    1. Gesichtseindrücke = optischer und visueller Typ;
    2. Gehörseindrücke = akustischer Typ;
    3. Bewegungseindrücke (spez. Sprech- und Schreibbewegungen) = motorischer Typ;
    4. Gehörs- und Bewegungseindrücke = akustikomotorischer Typ. Welcher?

1. Unwillkürliche Beobachtung.
2. Willkürliche Beobachtung, Aufmerksamkeit.
   - α) Erregbarkeit (Vigilität).
   - β) Intensität und Umfang (intensiv-konzentrativer und extensiv-fluktuierender Typ).
   - γ) Ausdauer (Tenazität).
   - δ) Richtung.

III. Die Aufbewahrung der Vorstellungen (Gedächtnis).
1. Einprägen (Lernen, Merkfähigkeit).
   - α) Schnelligkeit.
   - β) Umfang.
2. Behalten (Erinnerung, Retention).
   - α) Dauerhaftigkeit.

17. Eine gute Beobachtungsgabe für sinnlich-anschauliche Dinge resp. Vorgänge. Ev. für welche bestimmten Sachgebiete?
18. Die Fähigkeit zu rascher Auffassung äußerer Eindrücke.
19. Eine gute Beobachtungsgabe für menschliches Seelenleben psychologisches Verständnis sog. „Einfühlung".
20. Eine gute Auffassungsgabe für abstrakte Gedanken.
21. Die Fähigkeit, Beobachtungen zu machen, ohne daß bewußt und willkürlich die Aufmerksamkeit auf sie gerichtet ist.
22. Eine wache, leicht erregbare Aufmerksamkeit.
23. Die Fähigkeit zu rascher Umschaltung der Aufmerksamkeit. Einstellung auf neue Eindrücke.
24. Die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit scharf auf einen Gegenstand zu konzentrieren, ohne sich durch störende Nebenreize ablenken zu lassen.
25. Die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit gleichzeitig mehreren Gegenständen zuzuwenden (Umsicht).
26. Die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit längere Zeit hindurch gleichmäßig demselben Gegenstande zuzuwenden.
27. Vorwiegende Richtung der Aufmerksamkeit auf die äußeren Dinge („nach außen leben").
28. Vorwiegende Richtung auf die eigenen Vorstellungen („nach innen leben").
29. Die Fähigkeit zu schneller Einprägung neuer Vorstellungen („leichtes Lernen").
30. Die Fähigkeit, sich viel (und ev. vielerlei Verschiedenes) auf einmal zu merken.
31. Ein dauerhaftes Gedächtnis, d. h. die Fähigkeit, Vorstellungen lange Zeit hindurch aufzubewahren.
32. Ein treues Gedächtnis, d. h. die Fähigkeit, Erinnerungen genau (in unveränderter Gestalt) aufzubewahren.

β) Treue.
γ) Umfang.

3. Reproduktion (Liquidität der Vorstellungen).

IV. Die Verarbeitung der Vorstellungen (Vorstellungsverbindung und Differenzierung. Urteilsbildung).
1. Vergleichende und unterscheidende Funktionen (Komparation, Kritik).
2. Zerlegende Funktionen (Analyse, Abstraktion).
3. Zusammenfassende Funktionen (Synthese).
α) Kombination.

33. Ein umfangreiches Gedächtnis, d. h. ein großer Schatz von Erinnerungsvorstellungen (Kenntnisse, Gedächtniswissen).
34. Ein vielseitiges Gedächtnis, das vielerlei Verschiedenes aufbewahrt.
35. Ein gutes Spezialgedächtnis für bestimmte Gebiete, z. B.:
a) für bestimmte Stimmgebiete (Ton-, Farben- usw. Gedächtnis);
b) für räumlich-zeitliche Eindrücke (Ortsgedächtnis usw.);
c) für anschauliche Dinge und Vorgänge (Personengedächtnis usw.);
d) für unanschauliche Zeichen und Symbole (Gedächtnis für Namen, Zahlen, Vokabeln usw.). Für welche?
36. Schnelle und sichere Verfügung über das Gedächtniswissen (ein „schlagfertiges" Gedächtnis).
37. Kritische Begabung, d. h. Unterscheidungsvermögen für das Wesentliche, Wertvolle, Richtige.
a) Gegenüber Personen und ihren Handlungen;
b) Gegenüber Gedanken und fertigen Werken.
In welcher speziellen Richtung?
38. Die Fähigkeit zum Denken in abstrakten allgemeinen Begriffen.
39. Schnelligkeit der Kombination (= Vorstellungs-, Gedankenverbindung).
40. Sicherheit der Kombination, d. h. die Fähigkeit, unter verschiedenen Kombinationsmöglichkeiten die richtige resp. zweckmäßigste herauszufinden.
41. Vielseitigkeit der Kombination, d. h. ein umfassender Überblick über alle in einem bestimmten Falle möglichen Vorstellungsverbindungen („Weitsichtigkeit des Urteils").
42. Originalität der Kombination, d h. die Fähigkeit, neue Vorstellungsverknüpfungen zu finden, und zwar:
a) wertvolle Verknüpfungen (Erfindungsgabe);
b) überraschende Verknüpfungen (Witz). In welcher speziellen Form?

β) Phantasie.

43. Eine lebhafte Phantasie, und zwar:
    a) sinnliche Phantasie;
    b) konstruktive Phantasie (= Vorstellungskraft für räumliche Anordnung);
    c) begriffliche Phantasie (= freischaffendes begriffliches Denken, Spekulation).

Welcher spezielle Typus?

a) Synthetischer und analytischer Denktypus.

44. Eine vorwiegend synthetische Denkweise (induktiver Verstand).

45. Eine vorwiegend analytische Denkweise (deduktiver Verstand).

b) Auf dem Gebiete des Gefühlslebens (Emotionalität).

1. Intensität der Gefühle.

46. Ein stark entwickeltes Gefühlsleben („warme Natur").
47. Ein gering entwickeltes Gefühlsleben („kalte Natur").

2. Erregbarkeit der Gefühle, Labilität der Stimmung.

48. Eine leichte Erregbarkeit der Gefühle („sensitive Natur").
49. Eine leichte Erregbarkeit der Affekte („leidenschaftliche Natur").
50. Neigung zu Ungeduld, Ärger, Zorn (Reizbarkeit).
51. Neigung zu langer Nachwirkung unangenehmer Erlebnisse („verdorbene Stimmung").
52. Empfindlichkeit gegenüber körperlichen Beschwerden (Schmerzen, Entbehrungen).
53. Empfindlichkeit gegen unangenehme Sinneseindrücke (Geräuschempfindlichkeit, Ekel, Empfindlichkeit gegen Gerüche usw.).
54. Neigung zu plötzlichem Stimmungswechsel (Launenhaftigkeit).
55. Verlust des inneren Gleichgewichts (der Gemütsruhe) in ungewohnten, wichtigen oder feierlichen Situationen (Befangenheit).
56. Verlust desselben bei starker Häufung und zeitlichem Drängem der Anforderungen.
57. Verlust desselben in gefährlichen Situationen („Kopflosigkeit").

3. Qualität der Gefühle.
4. Inhaltliche Differenzierung.
   α) Differenzen der allgemeinen Gefühlsrichtung (Einstellungstyp).
   β) Differenzen nach Sachgebieten (Interessen).

D. Psychophysisch neutrale Eigenschaften.
   a) Formale und strukturelle Dispositionen.

I. Rezeptivität-Spontaneität.

II. Konservatismus-Plastizität.

III. Allgemeine Dynamik der Leistungen.
   1. Tempo.
   2. Ermüdung.
   3. Übung.
   4. Verhalten zur Monotomie.

58. Vorherrschen lustvoller Gefühle und Stimmungen (heiteres, sanguinisches Temperament).
59. Vorwiegendes Interesse für das Besondere, Konkrete, Persönliche (subjektive Einstellung).
60. Überwiegen des Interesses für das Allgemeine, Abstrakte, Sachliche (objektive Einstellung).
61. Vielseitigkeit der Interessen.
62. Ein besonderes Interesse für bestimmte Gebiete (z. B. Religion, Kunst, Philosophie, Literatur, Wissenschaft, Politik, soziale Probleme, menschliches Seelenleben, Kinder, Natur, Technik, Verkehr, Besitz, äußere Ehrungen usw.). Für welche?

63. Ein vorwiegend rezeptives Verhalten (Ausführung empfangener Anregungen).
64. Die Fähigkeit zu selbständigem Schaffen (Produktivität, Gestaltungskraft).
65. Neigung zu zähem Festhalten an Anschauungen, Gewohnheiten, Neigungen usw. (Konservatismus).
66. Beweglichkeit des inneren und äußeren Verhaltens.
67. Die Fähigkeit zur Unterordnung (Subordination, Disziplin).
68. Die Fähigkeit zur Einordnung (Kollegialität).
69. Schnelle Einstellung auf neue und fremdartige Anforderungen.
70. Die Fähigkeit, sich innerlich und äußerlich der Umgebung anzupassen.
71. Rascher Ablauf der körperlichen und geistigen Leistungen.
72. Rasche Ermüdbarkeit bei körperlichen und geistigen Leistungen.
73. Weitgehende Übungsfähigkeit (Routine, Automatisierung der Leistungen).
74. Abneigung und Versagen gegenüber der Forderung einer häufigen Wiederholung derselben Leistung.

IV. Stellungnahme.

1. Zeitlicher Ablauf.

75. Die Fähigkeit zu rascher Stellungnahme bei Urteilen und Entschlüssen.

76. Langsame und vorsichtige Stellungnahme (abwägendes Verhalten).

2. Ausdauer.

77. Die Fähigkeit, an Urteilen und Entschlüssen festzuhalten (Konsequenz, Beharrlichkeit).

3. Intensität.

78. Die Fähigkeit zu nachdrücklicher Stellungnahme (Entschiedenheit).

79. Die Gabe, seine Überzeugung und seinen Willen auch anderen mitzuteilen (suggestive Wirkung, eindrucksvolle Persönlichkeit).

80. Unsicherheit der Stellungnahme, Beeinflußbarkeit durch innere Hemmungen (Zweifel, Befürchtungen, Mangel an Selbstvertrauen).

81. Furcht vor der Übernahme von Verantwortungen.

4. Widerstandskraft.

82. Bestimmbarkeit durch Vorbilder und fremde Einwirkungen (initiatives Verhalten, Suggestibilität).

5. Motivation.

83. Vorwiegend gefühlsmäßige Stellungnahme.

84. Vorwiegend verstandesmäßige Stellungnahme (auf Grund vernünftiger Überlegung.)

6. Typen (negativ-positiv).

85. Abwartendes, reaktives, kritisierendes Verhalten, Neigung zu ruhiger Beobachtung und theoretischer Reflexion (kontemplative Natur, Typus des theoretischen Menschen).

86. Aktives Verhalten, Neigung zu spontaner Stellungnahme und persönlichem Eingreifen (Willens- und Tatmenschen, Typus des praktischen Verhaltens).

V. Proportionalität der einzelnen Dispositionen).

87. Zusammenstimmen der verschiedenen Eigenschaften (eine harmonische Gesamtpersönlichkeit).

b) Komplexe materielle Fähigkeiten (Talente).

I. Talente allgemeineren Charakters.

88. Eine klare, leicht faßliche Darstellungsweise.

89. Eine interessante Darstellungsweise (= Anregung mannigfacher, eventuell neuer Vorstellungsverknüpfungen).

I. Darstellungstalent.
α) Eigenschaften.

90. Eine eindrucksvolle Darstellungsweise (= Wirkung auf das Gefühl).

91. Eine überzeugende Art der Darstellung (= Wirkung auf Urteil und Entschluß).

β) Typen.

92. Die Fähigkeit zu scharfer und klarer Formulierung abstrakter Gedanken, nüchterne und sachliche Darstellungsweise (objektiver Typ).

93. Die Fähigkeit zu lebendiger und anschaulicher Schilderung konkreter Dinge und Ereignisse, gefühlsmäßige, phantasievolle Darstellungsweise (subjektiver Typ).

γ) Unterarten.

94. Begabung für mündliche Darstellung (Rednertalent).

95. Begabung für schriftliche Darstellung (Schriftstellertalent).

II. Soziale Talente.

1. Organisationstalent. — 96. Organisationstalent.

2. Führertalent. — 97. Führertalent.

3. Pädagogisches Talent. — 98. Pädagogisches Talent.

4. Gesellschaftliche Talente. — 99. Gesellschaftliche Talente (Gewandtheit in dem Umgangsformnn, Unterhaltungsgabe usw.).

III. Wissenschaftliche Talente. — 100. Wissenschaftliche Talente (mathematische, spekulative Begabung, Sprachtalent usw.). Welche?

IV. Künstlerische Talente. — 101. Künstlerische Talente. Welche?

V. Komplexe moralische Anlagen (Charaktereigenschaften), — 102. Sind bestimmte moralische Eigenschaften (Tugenden resp. Fehler) für Ihren Beruf besonders wichtig resp. verhängnisvoll? Eventuell welche?

103. Welche sonstigen in dem Schema nicht aufgezählten Eigenschaften oder Fähigkeiten sind für Ihren Beruf erforderlich?

spekulationen ahnten, vielfache Gleichmäßigkeiten anzunehmen sind, die aber nur den Anspruch regelhafter, nicht gesetzmäßiger Geltung haben. Die zahlreichen Ausnahmen beruhen auf der Unvollständigkeit unseres Wissens in beiden Gebieten, die uns nicht erlaubt mit genügender Sicherheit elementare Vorgänge und Dispositionen herauszuschälen. Elementare Anteile allein könnten aber in gesetzmäßiger Korrelation stehen. Wie nun über Stoffwechsel-, Reaktions- und mnemischen Funktionen die Einheit des Organismus, so steht über Intelligenz und Charakter die Einheit der Persönlichkeit.

Ihr Verständnis wird am besten von Intelligenz und Charakter aus gewonnen. Die Intelligenz, jetzt wohl allgemein mit Stern als „Die Fähigkeit eines Individuums, sein Denken bewußt auf neue Forderungen einzustellen", definiert, ist bereits früher bei der Frage der Intelligenzprüfung ausreichend erörtert (s. oben S. 180). Dagegen muß noch einiges psychotherapeutisch wesentliche über den Charakter beigefügt werden. Wie aus der oben angeführten Umschreibung hervorgeht, wird psychotherapeutisch der Charakter als Inbegriff aktiver Reaktionseigenheiten aufgefaßt, die dem Individuum ab origine eignet und nur durch schwere pathologische Prozesse qualitativ, im übrigen nur durch Übung, Gewöhnung und Reizgröße quantitativ abgeändert werden kann. Der Charakter in diesem Sinne ist gleichsam ein konstanter Index oder eine Determinante der Persönlichkeit; er ist schon am Neugeborenen, bei dem von einer „Persönlichkeit" nicht die Rede sein kann, deutlich festzustellen, wenn auch nur in primitiver Ausgestaltung, und verrät sich in jeder Reaktion des Individuums, besonders deutlich und nachhaltig in motorischen Reaktionen der Haltung, der Mimik, der Sprache, der Schrift usw. Er ist der Styl des Individuums. Damit rückt der Charakter in die Nähe der Temperamente. Wie schwierig und subjektiv hier jede Klassifizierung ist, lehren am besten die zahlreichen von autoritativen Beobachtern, wie Kant, Wundt, Ebbinghaus, Heymanns, Ach u. v. a. aufgestellten Übersichten, die völlig verschieden ausfielen. Dabei ist das Prinzip des Schemas immer dasselbe; es werden eine Reihe von Elementarfunktionen miteinander in Beziehung gesetzt und die Resultate populär-psychologisch verdeutlicht. So gab z. B. Neumann in seinem bekannten Werke „Intelligenz und Wille" 1908, folgendes Schema:

Gefühls-qualität	Gefühlseregbarkeit		Gefühlsintensität und Nachhaltigkeit		Gefühls-	
	leicht	schwer	gering (flach)	groß (tief)	Aktivität (Exzitation)	Passivität (Depression)
Lust	Sanguinisch	Phlegmatisch	Leichtsinnig	Heitere Seelengröße	Lebensmutig	Genießend
Unlust	Cholerisch	Melancholisch	Mürrisch	Ernst	Düster Energisch	Verzagt

Es muß hier zunächst die Überdehnung des „gefühlsmäßigen" auffallen, die zu einer unliebsamen Ausschaltung der Aktivität führt, dann die völlig komplexe und vieldeutige Art der gewonnenen „Temperamente" und die unzweckmäßige Auswahl der Grundelemente. Diese Nachteile treten bereits in Neumanns Umschreibung der Temperamente hervor. Er bezeichnet sie als „Gefühlsformen des Handelns", die auf einem Zusammenwirken angeborener Gefühls- und Willendispositionen beruhen. So bleibt die Einteilung als ganze zu dürftig, im einzelnen unklar und in den Resultaten unscharf; es ist unschwer festzustellen, daß eine rein theoretische Ordnung vorliegt. Viel weiter fördert der Praktiker Klages, der Führer der wissenschaftlichen Graphologie, die Frage. Er bezeichnet 1910 in seinen „Prinzipien der Charakterologie" als „Temperament" den Reagibilitätsgrad, der mit der Triebkraft wächst und von Hemmungswiderständen erniedrigt wird, so daß die Reaktionsformel

$$R = \frac{T}{W}$$

entsteht, d. h. die Reagibilität (R) ist durch das Verhältnis von Triebkraft (T) zum Hemmungswiderstand (W) gestimmt. So weist Klages mit Recht darauf hin, daß der „Sanguiniker" triebstark oder hemmungsschwach, der „Phlegmatiker" triebschwach oder hemmungsstark sein kann. Klages scheidet weiter sehr wesentlich die Struktur des Charakters, die seine Form ausmacht, wie z. B. die Reagibilität, und die Qualität des Charakters, die von den Strebungen, Interessen, also vorwiegend affektiven Momenten gebildet wird. In dem Strukturbilde trennt Klages drei Seiten; die Reaktionsgeschwindigkeit und Nachdauer, die vorherrschende Stimmungslage und die Willenseigenart. In derselben Struktur können verschiedene Charakterqualitäten sich auswirken, die in der Affektivität wurzeln. Auch ihre primitiven Grundlagen

stellt der Psychotherapeut zweckmäßig zum „Charakter", der nun als Reaktions- und Affektivitätsformel in Verbindung mit der Intelligenz und ihrer Entwicklung die Persönlichkeit ergibt, die als Ganzes dem Leben, seinen Anforderungen und Gesetzmäßigkeiten und dem behandelnden Arzte gegenüber steht.

Psychotherapeutisch ist die Erkenntnis von entscheidender Bedeutung, daß in Charakter und Intelligenz in dem hier umschriebenen engen Sinne absolute Konstanten der normalen Persönlichkeit vorliegen. Ferner ist auch aus den wenigen bisher vorliegenden eingehenden Beobachtungen erneut die Warnung vor Mißbrauch mit populär-psychologischen Daten aufzunehmen, die nur allzu leicht zur vorschnellen Hinnahme komplexer Erscheinungen als elementar führen. Der kritische Psychotherapeut wird jedes Datum der Populärpsychologie genau prüfen müssen, ehe er es verwendet, und sich meist damit begnügen, Anregungen zu sammeln.

Wie Klages von einer Struktur des Charakters, so kann der Psychotherapeut von einer Struktur der Persönlichkeit sprechen. Aber während dort konstante Eigenheiten vorliegen, ist die Struktur der Persönlichkeit weniger starr. Persönlichkeitskapital, bestehend aus Anlage und Charaktereigenheit und Persönlichkeitserwerb, angebildet im Verlaufe des Lebens, müssen theoretisch scharf geschieden werden. Sie durchwachsen sich allerdings im praktischen Falle stets unentwirrbar. Gerade an diesem Punkte kann der prinzipielle Unterschied von „Charakter" und „Persönlichkeit" gut aufgezeigt werden. Man könnte der Hervorhebung der Charakterkonstanz im psychotherapeutischen Sinne entgegenhalten, daß doch Charakterzüge sich wandeln, daß z. B. aus einem erbitterten reizbaren Erfolgskämpfer ohne Anerkennung mit dem Erreichen großer Ziele ein „ganz anderer Mensch", insbesondere ohne Reizbarkeit und „cholerische" Züge geworden sei. In solchen Fällen ändert sich nicht die charakterologische Formel, sondern nur das äußere Reaktionsergebnis, die Funktion. Charakterologisch wäre nachzuweisen, auf Grund welcher primitiver konstanter Eigenschaften derselbe Mensch in den wechselnden Situationen so ausgesprochen verschiedene Reaktionsergebnisse lieferte; es würde z. B. eine solche nähere Analyse zeigen, daß es sich um einen Menschen mit starker Affektansprechbarkeit gegenüber den Gegenwart- und Umweltreizen und starker Geltungstendenz, sowie erhebliche Selbstbewertung und Einstellung auf äußere Akklamation handelt. Und diese, in ihren triebhaften Grundkomponenten, Schau- und Beachtungstrieb usw., näher zu klärenden grundlegenden Be-

ziehungen würden sich bei zutreffender Beobachtung sowohl dauernd in der Gegenwart als in der Vergangenheit wirksam nachweisen lassen. Die Persönlichkeit als Ganzes wird von solchen Wandlungen stark beeinflußt; die charakterologische Formel bleibt sich gleich. Nur gelingt es oft unendlich schwer und nur durch lange und eingehende Beobachtung mit sorgfältigster Berücksichtigung der gesamten Lebensgeschichte in dem früher dargestellten kritischen Sinne bis an die charakterologische Formel durchzudringen.

Die charakterologische Formel gibt einen Reaktionsstyl in der Gegenwart; von dem Persönlichkeitsganzen im psychotherapeutischen Sinne muß mehr verlangt werden; es kann nur ganz erfaßt werden, wenn seine Wandlungen und Entwicklungen im gesamten bisherigen Lebensaufbau an gewissen Gesichtspunkten bemessen und bewertet werden. Von dem Persönlichkeitsganzen wird eine gewisse Harmonie in Gegenwart und Vergangenheit verlangt, so daß die aufeinanderfolgenden Bilder sich zu einem organischen Gefüge zusammenschließen. Hier fehlt es gerade bei den zahlreichsten Klienten der speziellen Psychotherapie, den Psychopathen, ungemein häufig, wie im folgenden Kapitel an einigen Beispielen zu zeigen sein wird. Ohne vorschnell „Krankhaftes" anzunehmen, wird der kritische Psychotherapeut auffallende Unregelmäßigkeiten und Ungleichmäßigkeiten wohl beachten und oft als therapeutischen Angriffspunkt wählen.

So bleibt für den Psychotherapeuten der „Charakter" festes reaktiv aktives Gefüge; ein dispositionelles und konstitutionelles Moment, dem Individuum schicksalhaft eigen und vielfach nachweislich erbgangmäßig bestimmt, mögen seine Manifestationen auch noch so vielartig, ja oft kontrastierend ausfallen; der Persönlichkeitserwerb dagegen, der zum Persönlichkeitskapital tritt, das Charakter und Intelligenz umfaßt, ermöglicht dem Persönlichkeitsganzen sein Eigenstes und Wichtigstes: die Persönlichkeitsentwicklung.

Ehe hierüber einige Bemerkungen gemacht werden, sollen einige der Hauptschwierigkeiten für den beobachtenden und behandelnden Psychotherapeuten angedeutet werden. Das Persönlichkeitsganze soll als Ganzes, Lebendiges, Geschlossenes und Einheitliches erfühlt werden. Ebenso aber wie die Herausarbeitung der wesentlichen charakterologischen Züge durch Überdeckung mit sekundären vieldeutigen und irreführenden Reaktionseinheiten erschwert werden kann, ist oft der Weg zum Persönlichkeitsganzen

ungemein schwierig zu erkämpfen. So kann der Beobachtete als Persönlichkeit so primitiv formlos sein, daß die Einfühlung mißlingt oder nur mit viel Hilfsüberlegungen möglich wird; er kann so flüssig oder so bildsam sein, daß er zwischen den tastenden Fragen zerrinnt oder seine Gestalt wechselt; er kann durch Unschärfe oder Verworrenheit die Erfassung erschweren; Hemmungen innerer oder äußerer Art können das Bild entstellen, oder Mißtrauen und Ablehnung dem Einblick entgegenarbeiten. Oft ist eine äußerst hochwertige seelische Scham, oft Stolz, Scheu oder Sprödigkeit dem Analysierenden entgegen, oder bewußte zielhafte Verlogenheit sucht die Ergebnisse zu beeinflussen. Wer sich ein Bild des Persönlichkeitsganzen machen will, darf endlich nicht vergessen, daß Erziehung, Beruf und Lebenserfahrung den meisten Menschen eine Maske aufsetzt, die je nach der Gewandheit des Trägers und der Entwicklung des Milieus natürliches Ansehen hat. Noch gröbere Fälschungen trägt der Beobachter selbst in die Arbeit; Ungeduld, voreiliges Schematisieren und namentlich vielfältige affektive Störungen, besonders der Syn- und Antipathie, machen es ihm oft unmöglich, selbst ganz einfache Feststellungen durchzuführen. Lehrreiche Beispiele solcher grober Entgleisungen enthält namentlich die Literatur des tierischen Magnetismus und der Psychoanalyse, wo die gewünschten Resultate aus den Beobachteten herausgeholt wurden. Kann doch schon der Tonfall einer Frage den Befragten zu einer bestimmten Antwort führen, wie die Erforschung der Suggestivfrage lehrt (Stern, Lipmann), schon eine kaum wahrnehmbare mimische Reaktion, die dem Untersucher zuerst völlig unbewußt ist, als Signal wirken. Ganz besonders muß der Beobachter und Behandler vor dem groben Irrtume bewahrt bleiben, Seelisches, das ihm selber fremd oder „unmöglich" vorkommt, ohne weiteres beim Beobachteten abzulehnen. Wie soll ein Arzt z. B. zum Verständnis eines Sexualperversen vordringen, wenn er ihn nach den ersten Geständnisworten anfährt: „Lassen sie doch die Ferkeleien?" Und nur in Ausnahmefällen wird ohne Verständnis Psychotherapie auch nur der populären Form wirksam sein. Absolute Objektivität des Beobachtenden ist wie für jedes wissenschaftliche Arbeiten so ganz besonders für das Erfassen und Behandeln fremder Persönlichkeiten unbedingtes Erfordernis, diese Objektivitätsforderung kann nicht oft und dringend genug wiederholt werden. Auch wenn sie erfüllt ist, bleiben in vielen Fällen noch die allergrößten Schwierigkeiten von seiten des Beobachteten und des Untersuchers bestehen, und nur

mit viel ruhiger Beobachtung und vielfach kontrollierter Vorerhebung kann nun versucht werden, ein Bild der Persönlichkeitsentwicklung zu gewinnen.

Auch hier begleitet die konsequente Trennung von Intelligenz, Charakter und Persönlichkeitsganzem. Die Persönlichkeitsentwicklung ist dispositionell vorbestimmt durch die Persönlichkeitskonstanten, die als keimhaft mitgegebenes Persönlichkeitskapital einen Stamm potentieller oder kinetischer Reaktionen bedingen, nach deren Ausmaß die Verarbeitung der Umwelt und damit im Erleben eine Beeinflussung des Persönlichkeitsganzen geschieht. Als biologische Einheit ist aber das Persönlichkeitsganze selbst gesetzt. Es erfüllt Eigengesetze des Wachstums, der Entwicklung und der Reifung, so daß in der Abrechnung zur Außenwelt die Eigengesetzlichkeit weit überwiegt. Ist doch jede Reaktion schon eigengesetzlich festgelegt, der „Reiz" kaum mehr als Auslösung, und zudem noch die biologische Eigenstrebigkeit wirksam. Das äußere Leben gibt nur Schicksalsmaterial, solange der Funktionsbereich der Reaktionen nicht überschritten wird. Mit anderen Worten: die Umweltreize haben nur exzitatorische, keine formende Bedeutung, wenn sie nicht zu Zerstörungen und Ausfällen in der Reaktionsformel führen. Solche sind mit Sicherheit bisher nur bei der somatischen Erforschung nachgewiesen und als Folge schwerer grobmechanischer Schädigung erkannt. Die Dauerausfälle nach Gemütserschütterungen und sonstigen seelischen Beeinflussungen sind sicher selten und bisher nicht allgemein anerkannt. So hat man z. B. nach Katastrophen Bilder seelischer Störung beobachtet, die den Vergiftungsgeisteskrankheiten nahe stehen. Merk- und Orientierungsstörungen, sowie gelegentlich Konfabulationen stellen diese überaus seltenen Bilder der Korsakoffschen Psychose nahe. Doch muß man mit der größten Autorität auf diesem Gebiete, Bonhöffer, einstweilen den Zusammenhang mit der seelischen Erschütterung als möglich aber unbewiesen bezeichnen. Völlige Zerstörungen von Dispositionen oder Funktionen durch seelische Einflüsse sind bisher sonst nicht bekannt geworden. So bleibt auch hier die dispositionelle Grundformel konstant.

Störungen des Entwicklungsablaufes können Hemmungsbildungen, Mehrbildungen (Wunderkinder!) oder Mißbildungen der Persönlichkeit ergeben. Diese Störungen können total oder partiell auftreten und besonders im letzteren Falle zu eigenartigen Persönlichkeitsbildern führen. So hat die Temperamentslehre schon seit langem auf die große Bedeutung disharmonischer körperlicher und

seelischer Rüstigkeit hingewiesen. Eingehendes Familienstudium legt oft den Gedanken nahe, daß auch das Entwicklungstempo erblich abhängt, so daß überraschende Spätreifungen (Leppmann) vielfach den Eindruck hervorrufen, als habe in dem Träger eine Erbdissonanz bestanden, die durch das spätere Einsetzen partieller Reifungen das Resultat erklären. Es hat dann die Erbmasse schnelleren Entwicklungstempos ihr Ziel schon erreicht und erst danach setzt die Reifung anderer Persönlichkeitsanteile ein. Als besondere Entwicklungsvorgänge sind Persönlichkeitskrisen anzusehen, Zustände, in denen vielerlei Unklares sich trennt oder neue Einstellungen oft nach langer unterbewußter Vorbereitung zum Lichte des Wachlebens drängen. Vielfach im Erleben zunächst als Verstimmungs- oder Erregungszustände leichteren Grades merklich, besonders mit ängstlicher Färbung, bis mit dem Gefühle der Lösung und des Erlebnisses der neue Anteil bewußte Anerkennung, Angliederung und Verarbeitung findet. Derartige Erlebnisse werden z. B. in der geistigen Produktion, in der Erarbeitung von Selbsterkenntnissen und in Bekehrungsvorgängen geschildert. Sie sind, wenn sie rein affektiv erlebt werden, den affektiven Entwicklungen (s. oben S. 252) einzuordnen, können aber auch lediglich Hemmungs- oder Erregungscharakter ohne bestimmte affektive Färbung tragen, sich in Schlaflosigkeit, motorischer Unruhe oder eigentümlicher Stumpfheit und Benommenheit äußern. Ärztlich werden sie leicht mit rein pathologischen Zuständen verwechselt, während sorgfältige Individualanalyse ihnen einen anderen Platz anweisen muß.

Die Isolierung reiner Entwicklungs- und Reifungsvorgänge ist selbstverständlich eine Abstraktion; die Umweltreize, wenn auch keineswegs allmächtig, lösen Reaktionen aus, die sich durch Gewöhnung, Übung oder Hemmung automatisieren oder verkümmern. So treten neben die endogenen die exogenen Faktoren: Kindesschicksal, Elternhaus, Erziehung, Beruf, Gesellschaft und Ehe, um nur ein paar wesentlichste Punkte zu erinnern, üben ihren Einfluß aus. Ungesunde Treibhausleistungen und traurige Verkümmerungen, gefühlsselige Verzärtelung und brutale Verrohung, nachahmende Scheinempfindelei und verödender Stumpfsinn können als erworbene Funktionseigenheiten das Persönlichkeitsbild entstellen. Hier erwachsen große und dankbare psychotherapeutische Aufgaben, die dem Psychotherapeuten besonders nahe an die Pädagogik führen. Er muß dabei beachten, daß bei jeder Persönlichkeitsänderung die erste Frage lautet: Ist das Resultat rein entwickelt

oder erarbeitet, liegt eine einfache Reifung oder eine Leistung vor? Nur eingehende Vertiefung in den Beobachteten kann hier einige Klarheit bringen. Je nach der Stellung der Änderung in der Persönlichkeitsentwicklung, nach dem Werte der Änderung vom Persönlichkeitsganzen aus gesehen wird nun die Änderung zu beurteilen sein. Spricht die Beobachtung für das Vorliegen einer Reifung, so wird mit ihr als Persönlichkeitseigentum zu rechnen und die Behandlung danach einzustellen sein; liegt eine Leistung vor, so ist ihre Psychogenese zu klären und wo möglich die vordem meist unklare Wandlung in das Licht klarer erwägender Vernufts- und Willensbearbeitung zu heben. Namentlich ist das Mitschleppen unterbewußten Materiales, das Hängenbleiben in früheren Reaktionsweisen, das entscheidungslose passive und perseverierende Sichtreibenlassen hier von entscheidender Bedeutung. Mit der Erörterung der Persönlichwandlung müssen notwendig auch die kritischen Lebensphasen berührt werden, die ungemein häufig zu psychotherapeutischer Beratung führen. Sie bilden einen Teil des großen Kapitel der psychotherapeutischen Konfliktsberatung.

Dabei sind drei große Gruppen von Konflikten zu sondern; die endopsychischen, in der Seele des einzelnen ablaufenden, die psychophysischen, bei denen somatische Motive wesentlich beteiligt sind und allopsychischen, bei denen Außerindividuelles den Konflikt bringt. Auch hier illustrieren am besten Beispiele, zunächst von endopsychischen Konflikten.

Der 30jährige Privatdozent A. kämpft seit Jahren einen aufreibenden Karrierenkampf ohne Erfolg; körperlich mittelkräftig, ungemein sensibel und skrupulös, dabei pedantisch und herrschsüchtig, zwingt er seit seinem 17. Lebensjahre Tag und Nacht maximale Arbeitsleistungen heraus, ohne daß je ein besonderer Erfolg einträte. A. hat sich völlig auf die Karrierenidee festgebissen, obwohl er bereits mehrfach bei Ernennungen übergangen wurde. Die nähere Analyse zeigt, daß A. nie zu besonderen Leistungen fähig war, sondern stets dem mäßigen Durchschnitt angehörte. Er faßte leidlich auf, hatte aber nie irgendeinem Gegenstande einen neuen Gesichtspunkt abgewonnen. Die jahrelange Hetzarbeit mit unzureichender Ernährung und Nachtruhe hatte zur Entwicklung einer nervösen Dyspepsie geführt, die in einer immer zunehmenden depressiven Verstimmung weitere Verstärkung fand. A. ist völlig familiär hörig und lebt ganz mit einer gleichfalls beschränkt ehrgeizigen Mutter lebensferner Anschauung.

A. ist ein typisches Beispiel endopsychischen Konfliktes in der Form, die Bleuler als „Verhältnisblödsinn“ bezeichnete, ein Opfer dissonierender Veranlagung. Die Behandlung war sehr schwierig und wenig erfolgreich; sie bestand in behutsamer Lösung der infantilen Bindungen und rationeller Wachpsychotherapie. Nächst diesen Fällen sind die häufigsten solche, bei denen bewußte Entschließung und innerseelische Bedingtheit im Widerstreite stehen; sie werden meist als „willensschwach“ bezeichnet, ohne daß damit das Wesentliche getroffen wäre, obwohl sie unendlich häufig selbst mit dieser Klage kommen. Hier liegen meist affektive Störungen vor, besonders vom Kranken nicht erkannte oder ihm unterbewußte Affektstauungen, wie z. B. im folgenden Falle:

Der 36jährige Postbeamte B. klagt über eine ihm selbst peinliche Gereiztheit gegenüber seiner Familie, besonders seiner Ehefrau, die der Konsultation beiwohnt. Er ist ein ungemein gewissenhafter tüchtiger Beamter, der im Dienste keinerlei Unannehmlichkeiten hat und in geordneten Verhältnissen lebt. Im Berufe ist er nicht reizbar, auch nicht besonders ermüdbar. Eine körperliche Erkrankung liegt nicht vor. B. ist der Typus des hageren, erethischen Nervösen; leichte Herz-, Einschlaf- und Magenstörungen ergänzen das Bild. Auch die 34jährige Ehefrau zeigt ähnliche Störungen. B. sucht die ihm selbst unverständliche und quälende Reizbarkeit zu unterdrücken, er nimmt sich täglich vor sich zu beherrschen, aber umsonst. Die häuslichen Verhältnisse sind im übrigen gut, das Einvernehmen der Eheleute ausgezeichnet, da die Frau ihren Mann als „nervös“ entschuldigt und selbst zeitweise ähnliche Anwandlungen hat. Eine vorsichtige Exploration des Sexuallebens ergibt das Folgende: Es handelt sich um eine Liebesheirat von zwei temperamentvollen, sich restlos verstehenden Leuten. Die ersten Ehejahre, die zu zwei Geburten führten, waren völlig harmonisch. In dieser Zeit war auch nie etwas von Reizbarkeit aufgefallen. B. übte dann 10 Jahre lang den Congressus interruptus aus, stets mit starker Angst vor Empfängnis und wurde in diesen 10 Jahren zunehmend reizbar, namentlich, wie Frau B. mir später brieflich mitteilte, unmittelbar nach dem Verkehr. Entsprechende Belehrung ließ die Reizbarkeit verschwinden. Hier lag eine Affektivitätsstauung als unterbewußte Festlegung gegenüber der bewußten Anstrengung vor. Die Kasuistik ließe sich leicht vermehren. Ebenso wie Affektives, so können Gewohnheitsfixierungen Fehlurteile, Nachahmungsreaktionen, übertriebene Eindrucksfähigkeit für Suggestionseinflüsse u. v. a. m. zu solchen Festlegungen

gegen die eigene bewußte Entschließung führen. Alle derartigen Unstimmigkeiten lösen Spannung, Unsicherheit und oft Angst aus; sie stören die Einheit des Persönlichkeitserlebnisses ebenso subjektiv wie objektiv, ohwohl ihnen normalmenschlich dauernd wirksame Gegensätzlichkeiten zugrunde liegen, die ihren kürzesten Ausdruck in der Klagesschen Reagibilitätsformel finden:

$$R\ (\text{Reagibilität}) = \frac{T\ (\text{Triebstärke})}{W\ (\text{Hemmungswiderstand})}.$$

Psychophysische Konflikte ergeben namentlich die Leistungsstörungen bei körperlichen Krankheiten; hier heißt es eine Leistungsökonomie mit verminderten Mitteln in die Wege leiten und dem Kranken dadurch Lebenswerte geben. Berufswahl, in schweren Fällen geeignete Beschäftigungstherapie sind hier die Stichworte. In hoffnungslosen Fällen müssen bei Einsichtigen Religion und Philosophie, bei Uneinsichtigen Persuasion und Suggestion herangezogen werden. Viel Takt und Vorsicht erfordert die Beratung Kranker, die über Kraftüberschuß, namentlich auf dem Triebgebiete klagen. Hier ist absolutes Individualisieren die einzige Möglichkeit. Zu psychophysischen Konflikten führen auch die „kritischen Lebensphasen": Pubertät, Klimakterium und Senium und die periodischen Schwankungen des weiblichen Organismus. Oft ist die Entscheidung zwischen extrapsychischen und reaktiven Veränderungen schwierig; man darf aber nicht vergessen, daß auch extrapsychisch gründende seelische Schwankungen psychotherapeutischer Beeinflussung zugänglich sind, wie z. B. Kraepelin für leichte zirkuläre Depressionen zugibt und Dubois sogar für schwere verwandte Fälle annimmt. Der Sprechstundenpsychotherapeut ist nur der Gefahr ausgesetzt, eine echte und anstaltsbedürftige Psychose im Beginn zu verkennen.

Unübersehbar ist die Fülle allopsychischer Konflikte. Hier soll der Psychotherapeut sich womöglich darauf beschränken, seinem Klienten zur Klarheit über sich selbst zu verhelfen und ihm Gelegenheit zu ruhiger, vertraulicher Aussprache zu geben. Wenn er dem Kranken das eigenseelische Materiel hat verarbeiten helfen, ist bei Erwachsenen und Vollsinnigen die psychotherapeutische Aufgabe erfüllt. Besonders suche der Psychotherapeut in jedem Falle, wenn irgendmöglich, auch neutrale Schilderungen zu hören. Nur sehr selten wird der Psychotherapeut wirklich kausal vorgehen und den Konflikt beseitigen können; wesentlich wird aber seine Führung für den Kranken sein, wenn es gilt, bei unlöslichen Konflikten Resignation zu erkämpfen oder Kompensationen zu

schaffen, beides Leistungen, bei denen nur allzu häufig ungesunde Motive und Mechanismen, besonders Verdrängungserscheinungen, auftreten.

Sehr wesentlich ist in diesen und verwandten Beratungen die Kontrolle durch Belastungsprüfungen der Persönlichkeit, nicht nur, was die arbeitende Leistungsfähigkeit angeht, sondern besonders hinsichtlich der Selbständigkeit und Eigenfestigkeit. Probeweise muß Kranken, die in dieser Richtung noch nicht sicher sind, ein kleiner Vertrauens- und Verantwortungskredit eröffnet werden; je nachdem, wie sie damit wirtschaften, kann nun eine stärkere und stärkere Belastung erfolgen. Die plötzliche unvorbereitete Belastung mit Verantwortung und Erkenntnis ist ein folgenschwerer psychotherapeutischer Eingriff; nicht nur, weil im Versagungsfalle meist Wesentliches gefährdet ist, sondern des Geprüften selbst wegen. Er kann durch plötzliche stärkere Belastung völlig scheu oder unsicher gemacht werden. Andererseits kann die plötzliche ethische Belastung bei richtiger Indikationsstellung zu ausgezeichneten Resultaten führen; es kann ein vordem oppositionell Verbitterter unter dem Eindruck der überraschenden Vertrauenseröffnung sich ganz weitgehend umstellen und wertvolle Leistungen produzieren. Vorbedingung ist dazu ausreichende Entwicklung der ethischen Gefühle und einige Festigkeit der Persönlichkeit. Für alle diese Entscheidungen müssen einige Gesichtspunkte allgemeiner Persönlichkeitsschilderung und Klassifizierung besonders erwähnt werden, obwohl es zum Teil sehr schwierig ist, diesen populär-psychologischen Andeutungen exakte Umrisse zu geben. Sie sollen hier nur als Hinweise auf psychotherapeutisch wichtige *Persönlichkeitstypen* gelten. „Starke" und „schwache" Persönlichkeiten differenzieren sich besonders in der Aktivitätsseite und in der Toleranz gegen Lust- und Unlustreize; namentlich in Verbindung mit dem Gesichtspunkte der Nachhaltigkeit der Reizwirkung ist diese Trennung psychotherapeutisch von außerordentlicher Bedeutung, da Wahl und Ausgestaltung der psychotherapeutischen Methode in weitem Maße von diesen Grundunterschieden abhängig sind. Eine andere ebenfalls psychotherapeutisch grundlegende Trennung ist die in „realistische" und „idealistische" Persönlichkeiten, bei denen primitive und differenzierte zu scheiden sind. Der realistische Persönlichkeitstyp ist Mensch des Erfahrens und Erlebens, der idealistische Mensch des Wertens und Glaubens. Neben dem primitiven Genießer und Zweckmenschen, dem primitiv materialistischen Realisten im eigentlichen Sinne steht der dif-

ferenzierte Realist, nur dem Erlebten trauend und nur aus Erfahrenem lernend, besonders disponiert zu allopsychischen Konflikten; gegenüber in einer ganz anderen Welt stehen die Idealisten in primitiver Form als Doktrinäre und Schwärmer, in differenzierter Form als Lebende des allgemeinen Glaubens und Wertens mit besonderer Eignung zu endopsychischen Konflikten. Ausgesprochene Typen der realen und der idealen Reihe verlangen völlig verschiedene Behandlung. Das Unterlassen sexueller Aufklärung beim Realtyp ist z. B. sehr bedenklich; die Aufdrängung ausführlicher sexueller Aufklärung beim Idealtyp oft der Anlaß zu langdauernden und tiefgreifenden Verstimmungen und Selbstquälereien, namentlich, wenn aus irgendwelchen theoretischen Postulaten heraus eine Aufklärung abrupt und aus einer sonst irrealen Erziehung herausfallend gegeben wird; so zeigt schon dieses einfache Beispiel die beiden Welten und ihre Unvereinbarkeit ohne Verarbeitung. „Die Therapie ist ratio", sagt Dubois, und in der Tat ist bei intellektuell und ethisch Vollwertigen die Übung der Kritik und vernünftiger Überlegung das beste Mittel, um übertriebener Einseitigkeit in dieser Hinsicht entgegenzuarbeiten. Das Erleben bleibt dadurch unbeeinflußt; die reale und irreale Einstellung wurzeln in der Charakterformel, sie sind Indizes der Persönlichkeit; aber es vermag Einsicht und Verständnis für die fremde Welt herangebildet zu werden. Daß diese grundlegende Verschiedenheit auf allen Seelengebieten sich kundgibt, in der Affektivitäts-, der Willens- und Urteilssphäre, im Mechanismus des Denkens usw. braucht wohl nicht besonders betont zu werden. Dasselbe gilt von dem Maße bewußten Erlebens in der Persönlichkeit gegenüber dem unbewußten. Die Hebung zum Bewußten ist zweifellos einer der Wandlungsmechanismen, eine Erwerbung, Erarbeitung oder Reifung, die im Resultate den Erlebenden vor Einsichten, Willensentscheide und klare Denkergebnisse stellt, während vordem dunkle intellektuelle „Gefühle", Strebungen und unklare Determinationen herrschten. Der Psychotherapeut kann sich nicht oft und eingehend genug von der oft bis ins einzelne entscheidenden Bedeutung dieser grundlegenden Eigenarten überzeugen und besonders immer wieder am lebenden Objekte sich demonstrieren, wie unendlich schwer jedem Persönlichkeitstyp auch nur ein nachfühlendes, geschweige denn ein einfühlendes Verständnis eines fremden Typs ist. Hier liegt, richtig verstanden, die Grundwahrheit des oft mißverstandenen tout comprendre, zumal meist eine tiefgreifende Abwehrtendenz jedes Typ gegen andere, besonders den Gegentyp,

herrscht, die sich in lebhaften affektiven Reaktionen und ausfahrenden Fehlbeurteilungen verrät. Bei Erwähnung des „Gesetzes vom allgemeinen Kampfe" ist auf solche Tendenzen allgemeiner Art schon hingewiesen (s. oben S. 58). Er nimmt zwischen konträren Typen ohne Kritik und psychologische Schulung oder Begabung meist die Form starker Gehässigkeit an. Dasselbe Resultat können partielle charakterologische Formeldifferenzen haben, z. B. Tempounterschiede der Reaktion, die es sonst sich gut-ergänzenden Leuten zur Höllenqual machen, zusammenarbeiten oder zu leben. Die Zahl der Grundtypen ließe sich leicht vermehren; weiche und starre, selbstsichere und scheue, warme und kalte, großzügige und kleinliche, reiche und arme Naturen, Gegenwarts- und Vergangenheitsmenschen, Impulsive und Gehemmte usw., jeder hat seine Formel und seine Welt, seine Ansprüche und Leiden, seine Höhen und Tiefen, seine Träume und Begierden. Das gestaltet das psychotherapeutische Arbeiten so mannigfaltig, aber auch oft so sehr schwierig. Ganz besonders erwächst dem Psychotherapeuten aus der Erkenntnis dieser Fülle verschiedene Style des Persönlichkeitsganzen die ernste und schwere Forderung, in seinem Berufe außerhalb der Grenzen des eigentlichen Persönlichkeitstyps zu stehen. Der Populärpsychotherapeut arbeitet künstlerisch durch die Wirkung seiner Persönlichkeit, der moderne, wissenschaftliche, universelle Psychotherapeut muß auch über seinem Persönlichkeitstyp stehen in restloser Sachlichkeit und Objektivität. Der Weg dazu ist bekannt; durch das *γνῶθι σεαυτὸν* zum tout comprendre, beides im kritischen, hier erörterten Sinne.

Auch wenn der Eigenaufbau der Persönlichkeit zunächst regelrecht erscheint, können noch Persönlichkeitsstörungen wesentlicher und häufiger Art psychotherapeutische Abhilfe erfordern. Es kann der Anschluß nach außen, die *Einordnungsfähigkeit in das Menschheitsganze* gestört sein, in Familie, Beruf, Stamm, Volk und Nation. Auch hier kann die Störung ein Zuviel oder ein Zuwenig bedeuten, es kann ungesunde Abhängigkeit oder abnorme Mißachtung und Vernachlässigung zu psychotherapeutischer Beratung führen. Psychotherapeutisch gesehen, liegen hier keine Grundfunktionen der Persönlichkeit vor, sondern Dispositions- und Funktionsstörungen, die sich auch auf anderem Gebiet verraten. Aber als Kriterium für die Vollwertigkeit der Persönlichkeit im Sinne des Psychovitalismus sind diese Einordnungen sehr wesentlich und werden daher stets die Beachtung des Psychotherapeuten

verdienen. Bei der Beratung von Kindern, Jugendlichen und Defekten muß auf die Forderung dieser Persönlichkeitsseite oft psychagogisch, heil- und allgemein-pädagogisch hingewirkt werden. Schwerdefekte verlangen soziale Fürsorge, in deren Rahmen die Einzelpsychotherapie ihre Sonderaufgaben zu erfüllen hat.

In der Einordnung des Persönlichkeitsganzen in biologische Gesichtspunkte liegt ein nochmaliger Hinweis auf den lebendigen Reichtum des Seelischen im allgemeinen; die Fülle der Persönlichkeitsgestaltung, der Reichtum der Entwicklungsmöglichkeiten, die lebendige Durchdringung von Dispositionen (Anlagen) und Funktionen (Verhaltungsweisen), das Überwiegen des Persönlichkeitsganzen in der Festlegung der Reaktion, das unauflösliche Ineinander aller durch Abstraktion gewonnenen einzelnen „Seiten" (Empfindung, Vorstellung, Gefühl, Wille usw.) und Gemeinsamkeiten (Charakter, Intelligenz) der Psyche — alles soll dem Psychotherapeuten immer wieder an das lebendige geschlossene Ganze weisen. Aber er wird auch dieses Ganze biologischen Gesichtspunkten unterstellen und wird Schmerz-, Reiz- und Affektflucht, Kraftersparnis, affektive Gedächtnisfälschungen, wie sie die mit dem Alter zunehmende Tendenz zur Unterdrückung unlustbetonter Erinnerungen beweist (Peters), Lebenswillen und Selbstschutz wohl als zweckhaft, aber vielfach tief unbewußt vital, nicht mental ankernd erkennen. Teleologisch verständliche Reaktionen brauchen darum nicht „gewollt" im Sinne bewußter klarer Entscheidung zu sein, die urteilhaft scharfe Gegenüberstellung von Grund und Gegengrund zur Voraussetzung hat. Primitivere Reaktionsweisen sind häufig genug, z. B. die affektive Hemmung mit sachlich klarer Entschließung in Todesgefahr, die „psychische Analgesie" Schwerkranker. Sie besteht in einem Auslöschen sämtlicher höherer Gefühle, so daß sich ein eigentümlicher Schlaf-, Dämmer- oder Traumzustand entwickelt, in dem auch die unerträglichsten äußeren Bedingungen fast keine Emotionsreaktion hervorrufen; alle Wahrnehmungen gehen klar vor sich, aber ohne begleitende affektive Schwankungen. Zu solchen Beobachtungen gab gerade der Krieg oft Gelegenheit; sie werden am besten als automatische Schutzmaßregel aufgefaßt. Von der Leistungsfähigkeit der Gesamtpsyche hängt es ab, ob solche Schutzautomatismen zu Recht einsetzen oder nicht, und ob der Psychotherapeut verpflichtet und berechtigt ist, sie suggestiv oder sonstwie zu durchbrechen oder zum Heile des Erkrankten fortdauern zu lassen. Dasselbe gilt für kompliziertere und weniger sinnfällige verwandte Schutzreaktionen, die

Kompensationsverschwendung unbesetzter Affekte an wertlose Objekte (Tierliebe), die Lebenslüge in ihren verschiedenen Formen und so mancherlei Illusionen, an deren Glanz viele große Kinder sich über Dumpfes und Lastendes im Leben wegfreuen. Von diesem Standpunkte aus muß auch der „Trieb zur Narkose" frei von schematischer Enge beurteilt werden; nur objektive Beurteilung der Lebensgesamtheit und des Persönlichkeitsganzen läßt hier die richtige Entscheidung treffen.

Neben diesem mehr mechanischen Anteil darf die Selbständigkeit und Spontaneität der Persönlichkeit nicht vergessen werden; sie ist in „Einsicht und Bildsamkeit" immer als Grundvoraussetzung aller Psychotherapie gesetzt und bedarf in ihren Einzelheiten: der Selbstbestimmung, Selbstbeherrschung und Selbsterziehung hier nur der Erwähnung als einer stets stillschweigend gemachten Voraussetzung; vor einseitiger Überschätzung des rationalen, intellektuellen und voluntaristischen wird die objektive Beobachtung seiner Schutzbefohlenen den modernen Psychotherapeuten leicht und sicher schützen und ihn immer wieder auf die unvoreingenommenen Berücksichtigung aller Seiten des Seelischen hinweisen, ganz besonders der Affektivität.

14. Psychopathologische Typen.

Die psychotherapeutisch wesentlichsten Punkte der Persönlichkeitsfrage sind im vorigen Kapitel gegeben; im folgenden sollen die psychotherapeutisch wichtigsten Formen abnormer Persönlichkeiten skizziert werden. Keineswegs soll dabei ein Versuch einer klinischen Darstellung gemacht, sondern nur eine Reihe von Bildern kurz gezeichnet werden, die tagtäglich psychotherapeutische Behandlung erfordern. Es sind dies zunächst Zustände, die echten ausgebildeten Geistesstörungen nahe stehen, sich von ihnen aber dadurch unterscheiden, daß es sich um ausgesprochen angeborene und nicht progressive Zustände handelt. Die schwierige Frage, ob solche Eigenarten als Formes frustes der entsprechenden Psychose anzusehen oder prinzipiell von den eigentlichen Geistesstörungen abzutrennen sind, soll hier auf sich beruhen. Für die psychotherapeutische Arbeit ist es zu empfehlen, der ersteren Ansicht zu folgen, also im Sinne des vorigen Kapitels die Eigenart zum Persönlichkeitskapital zu rechnen und sie als festen Faktor in die psychotherapeutische Gleichung einzusetzen. Wenn dadurch auch die psychotherapeutische Arbeit auf den Anspruch kausaler Therapie

verzichten muß, so bleibt ihr doch genug zu tun, und der Psychotherapeut läuft bei dieser skeptischen Beurteilung seiner Leistungsfähigkeit nicht Gefahr, der unkritischen Überschätzung eigener Leistung beschuldigt zu werden.

In diesem Zusammenhange ist zunächst an die leichteren intellektuellen Defekte zu erinnern, besonders an fehlende Ausbildung ethischen Urteilens und Werdens (s. oben S. 193); ferner an die gerade in der psychotherapeutischen Sprechstunde überraschend große Häufigkeit leichter manisch depressiver Schwankungen, die als Zyklothymie dem ausgesprochen zirkulären Irresein gegenübergestellt werden, ferner an die gleichfalls nicht seltenen konstitutionellen paranoiden Bilder, Menschen, die in jedem Erlebnis eine persönliche Benachteiligung, im Erfolge des Nächsten persönliche Zurücksetzung, in den geringsten ihnen widerfahrenden Mißhelligkeiten Gründe zu ausgedehnten, meist etwas doktrinär oder stark affektiv gefärbten Abwehrmaßregeln sehen, die Virtuosen der Beschwerdeführung, die Fanatiker der „Gerechtigkeit" und der „großen Ideen". Dabei fällt eine gewisse Neigung auf, alle die ichfeindlichen Erlebnisse zu ordnen und sie übertrieben systematisch und betont vorzutragen, meist mit viel Zügen von Pedanterie, die überhaupt diesem Typus oft eignet. Von ganz außerordentlicher Bedeutung sind weiter die epileptoiden Psychopathen für den Psychotherapeuten. Es sind ausgesprochene Periodiker, bei denen anfallartig seelische Veränderungen, namentlich Verstimmungen auftreten, die dann nicht selten zu Konflikten, zu übermäßigem Alkoholgenuß oder dgl. führen, um dann wieder „freien" Zeiten ohne eigenes Verständnis und ohne Motivierungsmöglichkeit für die echt endogene Anfallsveränderung Platz zu machen. Vielfach bestehen auch in den „freien" Zeiten allerlei Eigenheiten, die der echten Epilepsie nicht ganz fremd sind, abnorme Reizbarkeit, Schwerfälligkeit oder Umständlichkeit; doch scheinen die epileptoiden Zustände nie zu einer Verblödung zu führen. An Stelle der Verstimmung können auch allerlei andere Veränderungen auftreten, wie Migräne, Herz- oder Darmstörungen, asthmatische und neuralgische Attacken, unmotivierte eigenartige Veränderungen der Gesamtpersönlichkeit, Schlafsucht oder Schlaflosigkeit u. v. a. m. Die konstitutionell Zwangskranken sind bereits ausreichend erörtert (s. oben S. 254); als „Impulsive" werden kongenital Abnorme bezeichnet, die plötzlichen triebhaften Impulsen unterliegen; bei ihrer Beurteilung wird meist nicht genügend beachtet, wie häufig derartige Erscheinungen bei sonst

ganz Normalen sind. Ein Überblick über die bisher vorliegende Literatur zeigt, daß diese Zustände bisher ganz überwiegend vom kriminal-psychologischen Standpunkte aus beschrieben sind, da sie als triebartiges Brandstiften, Weglaufen, Sachbeschädigen usw. vielfach zur Begutachtung führen. Endlich dürfen hier schizophrene Psychopathen nicht vergessen werden. Bleuler hat die von Kraepelin als Dementia praecox bezeichnete Geistesstörung Schizophrenie benannt, um das hervorstechendste Merkmal dieser Erkrankung, den seelischen Zerfall in Zusammenhanglosigkeit hervorzuheben. Bleuler danken wir auch eine klassische Darstellung der Erkrankung in Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie, deren genaues Studium jedem psychotherapeutisch Interessierten dringend empfohlen werden kann. Als Probe „schizophrenen" Denkens sei an den dem Bleulerschen Lehrbuche entnommenen Brief erinnert (s. oben S. 256). Ein bestimmter Psychopathentyp ist von der schizophrenen Veränderung u. E. nur graduell abzutrennen, die „verschrobenen" Psychopathen anderer Autoren (Kraepelin, Wollenberg). Mit Recht betont Bleuler, daß den Verschrobenen, die „Einheitlichkeit und Folgerichtigkeit in ihrem Seelenleben" fehlt; „schiefe Auffassungen der Verhältnisse, schiefe logische Operationen, sonderbare Ansichten und oft auch Ausdrucksweisen" bringen sie nach desselben Autors Urteil „äußerlich" den Schizophrenen nahe, eine Nahestellung, die bei vertiefter Individualbeobachtung in der psychotherapeutischen Bearbeitung mehr zu- als abnimmt. Besonders machen den Psychotherapeuten oft ganz unverständliche nicht nachzugehende Motivierungen stutzig. Jedenfalls muß der Psychotherapeut aus der gefährlichen Nachbarschaft der „Verschrobenen" zu der schweren und unheimlichen Geisteskrankheit der Schizophrenie die Warnung nehmen, prognostisch hinsichtlich Verlauf und Behandlungsleistung sehr zurückhaltend zu sein, und sich auf das plötzliche Hervortreten schwerer psychotischer Erscheinungen mit all ihren Konsequenzen gefaßt zu machen. Dies ist der wesentlichste Grund, warum für die Psychotherapie die „Verschrobenen" von den „Paranoiden" scharf abgetrennt werden müssen.

Damit sind die wichtigsten Formen von Psychopathie gekennzeichnet, die echten Geistesstörungen nahe stehen; aus dem weiten Gebiete konstitutionell abnormer Persönlichkeiten, der eigentlichen Psychopathen in engerem Sinne, sollen nun zunächst ein paar Beispiele solcher Anomalien angedeutet werden, bei denen mnemische Grundstörungen vorliegen.

Da ist vor allen der mnemisch Dissozierte zu nennen; solche Menschen haben einen herabgesetzten überzeitlichen Zusammenhalt der Psyche, sie sind im Persönlichkeitssinne merk- und gedächtnisschwach. Gefühlseindrücke, Willensvorsätze und zahlreiche rein vorstellungsmäßige Einprägungen haften bei ihnen nur gering und ungenau, es fehlt die organische Kontinuität der Persönlichkeit. Heute einer Aufgabe, einem Menschen, einer Anschauung zugeneigt, gehören sie morgen ganz anderen und beides mit ganzer Hingabe. Namentlich die schon beim Vollwertigen bedeutsame Unterbrechung des Persönlichkeitskontinuums durch den Nachtschlaf ist diesen Psychopathen verhängnisvoll, da ihr mnemischer Persönlichkeitsbesitz besonders viel Übung benötigt, um lebendig zu bleiben. So erwachen sie ohne genügende Nachwirkung der Erlebnisse von gestern und gehören wieder aktuellen Eindrücken. Gutes Spezialgedächtnis für Zahlen, Bilder, Klänge u. dgl. ist bei diesem Psychopathentyp häufig und täuscht leicht darüber hinweg, daß bei eingehender psychologischer Prüfung die Gesamtmerkleistung tatsächlich meist objektiv unter der Norm liegt. Vielfach verbindet sich diese Veranlagung zum „Augenblicksmenschen" mit guter Augenblicksadaptation, Kombinationsgabe und praktischer Leistungsfähigkeit. Das Tagesleben kann im einzelnen ganz geordnet verlaufen und doch gibt die Lebensübersicht ein zerstücktes, zerrissenes Ansehen. Unzweckmäßig werden diese Psychopathen oft als „haltlose" bezeichnet; die „Haltlosigkeit" ist ein zu ungeheuer komplexes Reaktionsresultat, zu dem Hemmungsschwäche, Urteilslosigkeit, Übererregbarkeit, krankhafte Affektermüdbarkeit, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen führen können, um nur ein paar Beispiele zu nennen. Erstreckt sich die mnemische Dissoziation mehr in Form oft nachweislich affektiv bedingter Hemmungen auf Unterbewußtes, so liegt besonders in Verbindung mit erhöhter Reizbarkeit, Lenksamkeit und Neigung zu theatralisch posierender Reaktionsweise der *hysterische* Typ der abnormen Persönlichkeit vor. Psychotherapeutisch ist der mnemisch dissozierte Typ entweder in ganz gleichförmige schützende Lebensbedingungen zu setzen oder wenn, wie meist, die Aktivität stark entwickelt und ansprechbar ist, in Tätigkeiten, die dauernd neue Aufgaben stellen, viel Anpassung an wechselnde Umgebung und Unempfindlichkeit gegen Gemütserschütterungen verlangen. Die mnemisch dissozierten Psychopathen sind, worauf wohl zuerst Groos energisch hinwies, immun gegen die Schädigung durch Gemütserschütterung, weil die mnemische

Kontinuität eben herabgesetzt ist und die Eindrücke daher nicht nachwirken können. Es besteht, um mit Groos zu sprechen, eine herabgesetzte Sekundärfunktion. Bei der unterbewußt mnemischen Dissoziation der Hysterie ist vor allen Dingen ein Zusammenschluß der unterbewußt dissozierten Anteile anzustreben, eine Psychosynthese im Sinne von Janet, Bezzola u. a. Während bei diesen beiden psychopathischen Typen die Psychotherapie dankbar ist, stellt die perseveratorische Psychopathie schwere psychotherapeutische Aufgaben. Es handelt sich um Menschen mit verstärkter seelischer Nachwirkung, die immer wieder an allen möglichen Alltagskleinigkeiten hängen bleiben und oft auf dieser Grundlage Erscheinungen produzieren, die der Zwangsneurose ähneln. Vorübergehende gleiche Bilder auf dem Boden von Depression, Erschöpfung, Vergiftung und Rekonvaleszenz sind prognostisch sehr günstig und meist nur symptomatischer Psychotherapie bedürftig. Der echte angeborene perseveratorische Psychopath, der Grübler und Schwerlebige, der meist zu einer düsteren und ernsten Lebensauffassung neigt, aber darum durchaus nicht im eigentlichen Sinne depressiv zu sein braucht, ist kaum wesentlich zu beeinflussen. Er ist enorm disponiert zu Dauerschädigungen durch seelische Einflüsse und darum vorsichtig zu führen.

Äußerst vielseitig sind die eigentlich affektiven Spielarten; psychotherapeutisch sehr wichtig sind die konstitutionellen Verstimmungen, namentlich depressiver und ängstlicher Form. Die Psychopathen dieser Art sind dauernd in einer eigenartigen, z. B. ängstlichen Verstimmung, sie sind sozusagen stets mit Angst geladen, die bei jedem geringsten Anlaß lebendig wird. Auch auf dieser Basis können sich zwangsartige Erscheinungen entwickeln, die meist auffallend stark von Umwelteindrücken abhängen. Eine häufige Spielart ist namentlich die Angstpedanterie, die von der epileptoiden und paranoiden Pedanterie scharf zu trennen ist und meist auch hypochondrische Züge enthält. Besonders unter Bureaubeamten sind diese Psychopathen nicht selten, meist Musterarbeiter in ihrem Fach. Es scheint, daß Gelegenheit zur Aussprache, Hypnose und Wachpsychotherapie im weitesten pädagogischen Sinne bei diesen Typen gewisse Erfolge hat; nur ist es oft nicht leicht, die Kranken selbständig zu machen und von der psychotherapeutischen Autorität abzulösen. Es ist darum ratsam, mit der zeitlichen Dosierung der Psychotherapie, der Häufigkeit der beruhigenden Sprechstundenbesucher und Sitzungen gleich von Anfang recht zurückhaltend zu sein.

Anscheinend nur bei Emminghaus und Gruhle ist ein Psychopathentyp erwähnt, der psychotherapeutisch von großer Bedeutung ist; es sind die Übersensibelen auf gemütlichem oder auf ästhetischem Gebiete. Für die gemütlich Übersensibelen mögen zwei Beispiele folgen.

Frau v. A. stammt aus einer Familie, in der mehrfach Selbstmord vorkam. Sie ist Tochter einer lügenhaften, schwankenden minderwertig hysterischen Mutter, die ihre Kinder tyrannisierte und maßlos züchtigte. Der Vater war eine weiche zurückhaltende Natur. Die Kranke fand einigen Halt bei ihrem etwa gleichaltrigen Bruder, mit dem sie inniges Verständnis und eine gemeinsame, etwas lebensflüchtige Tendenz verband. Die häuslichen Verhältnisse wurden immer quälender, die Kranke suchte sich durch Verheiratung Frieden zu verschaffen, indem sie sich mit einem frischen, realenergischen Manne verehelichte. Doch begleitete sie das Bild des Bruders so überall, daß ihr Gatte zeitweise Einspruch erhob. Erotisch blieb die Kranke völlig anesthetisch. Sie hatte vielfach körperliche Krankheiten zu bestehen und suchte psychotherapeutischen Rat, als mit dem Tode des geliebten Bruders ein wesentlichstes Stück ihres Lebens schwand. Eine tadellose, äußerst tätige Mutter und Hausfrau hatte sie in Religion, beruflicher Arbeit und Familienfürsorge Stütze und Halt gesucht und ein ausgedehntes völlig abgeschlossenes Eigenleben mit literarischer Produktion nur zu seelischer Selbsthilfe geführt. In Freundeskreisen galt sie viel als verständige, tüchtige und energische Frau. Wachpsychotherapie allgemeiner Form hatte einigen Erfolg; im innersten war die Kranke immer das scheue, zarte Kind geblieben.

Frau v. B., aus pietistischem Adelshause stammend, geistlich erzogen, hatte einen ganz analogen Einsamkeitsweg hinter sich. Ihrer Verheiratung ging ein Verzicht auf eine aussichtslose Jugendliebe voraus. Wie innig und konservativ dieser Menschentyp ist, zeigt in vorigem Falle die Bindung an den Bruder, hier der Umstand, daß nach langjähriger Ehe ohne wesentliches Erleben und dann erfolgten Ableben des Mannes der Gegenstand der Jugendliebe gefunden und geheiratet wurde.

Stets handelt es sich bei diesem Typ um auch körperlich zarte, oft etwas asthenische Menschen mit sehr ausgeprägter Selbsterziehung und ungemein hoher ethischer Differenzierung, starker Zurückhaltung und scheuem, innerlichem Wesen. Der Weg zu ihrem Vertrauen ist schwer zu erkämpfen, aber dann auch ruhiges psychotherapeutisches Arbeiten auf dem sicheren Fundamente hoher

ethischer Wertigkeit gewährleistet. Man kann diese ganz charakteristische Eigenart als „typ mimose" bezeichnen.

Ganz anders stellt sich die ästhetische Übersensibilität dar, die auffallend oft mit völliger Kälte, ja mit Gemütsroheit verbunden ist, namentlich wenn unbewußt dissozierte mnemische Störungen oder sonstige hysterische Züge vorliegen. Hier spielt meist die affektive Einengung auf die eigene Person, die Egozentrizität, eine ganz besondere Rolle, so daß eine ästhetisch überdeckte rohe Eitelkeit entsteht.

Egozentrizität braucht keineswegs immer im engeren Sinne affektiv begründet zu sein. Der primär egozentrische Psychopathentyp ist bei mittlerer oder guter Intelligenz extrem affektarm und nur auf sich eingestellt. Er versteht überhaupt nicht, daß nicht alle Dinge und Menschen ohne weiteres ihm, seinem Vorteil und seiner Bequemlichkeit dienlich sind. So beobachtete ich einen Geistlichen, der alle Last und Mühe des Lebens seiner Frau auflud, jede dienstliche Inanspruchnahme eigentlich unrecht fand, möglichst aller Betätigung aus dem Wege ging und ohne irgendeine affektive Regung seinem Ich diente. Am kennzeichnendsten für ihn war, daß er nach jedem Mittagessen, meist ohne bisher an dem Tage irgendetwas geleistet zu haben, sich auf ein Sofa legte und von seiner völlig abgearbeiteten und überlasteten Frau Gebete vorlesen ließ. Dabei war er körperlich sehr kräftig und durchaus gesund. Ein reineres Bild der primären affektlosen Egozentrizität ist kaum vorstellbar. Solche Menschen beginnen 90% aller Reden mit „ich" oder „mein", eine kleine diagnostische Hilfe, die bereits bei der Erstbesprechung zur Vorsicht mahnt. In übertragener Form zeigen sich egozentrische Züge bei Psychopathen als eigentümlich pathetisches, wichtiges Sich-in-Szene-setzen, als Neigung zum Querulieren, zum wortreichen Schildern außerordentlicher Leistungen, Schicksale oder Beschwerden, zum grundlosen Absprechen und Nörgeln und in vielen anderen kleinen Zügen.

Auf voluntärem Gebiete sind besonders die Passivisten psychotherapeutisch bemerkenswert. Menschen, die in festen Gleisen und unter fremdem Impulse mitlaufen und oft Gutes leisten, aber außerhalb umschriebener Bahnen liegen bleiben. Sie stellen, wie besonders Schröder betonte, ein erhebliches Kontingent der Alkoholiker und Prostituierten, so daß auch ihr Lebensweg unter ungünstigen Umständen dem des „Haltlosen" gleichen kann, obwohl sie von den früher erwähnten mnemisch Dissozierten und sonstigen Haltlosen völlig verschieden sind. Die Passivisten lassen sich

überall ins Schlepptau nehmen, sie laufen überall als Ballast mit; sie zeigen am deutlichsten, wie wesentlich die Aktivitätsentwicklung für Persönlichkeits- und Lebensgestaltung ist. Auch ihre Affektivität ist meist mehr reaktiv, braucht aber keineswegs unterentwickelt zu sein; wie die Gesamtpersönlichkeit, so ist auch die Affektivität dieser Psychopathen äußerst bestimmbar. Ganz im Gegensatz hierzu zeigen andere Psychopathen einen auffallenden Eigensinn; er kann aus Urteilsschwäche, aus Schmerzfurcht, aus un- oder unterbewußtem Kompensationsbestreben gegen subjektive Unzulänglichkeitsgefühle sekundär hervorgehen, aber auch primär aus dem Wesen des Trägers entspringen. Dieser echte Psychopatheneigensinn hat oft große Verwandtschaft mit dem sinnlos triebhaften Widerstreben, dem sogenannten Negativismus Geisteskranker; psychotherapeutisch ist er nur zu umgehen und zu versuchen, ihm die Ansatzpunkte zu entziehen. Daneben kann rationelle Wachpsychotherapie anstreben die Selbsteinsicht heranzubilden, was aber auch bei guter Intelligenz nicht selten praktisch erfolglos bleiben wird.

Eigenartig ist der bösartige Psychopath; in seiner schweren, sozial entgleisenden Form kriminal-psychologisch sorgfältig studiert, ist er leider in seinen leichten Formen ungemein verbreitet. In der Psychiatrie hat besonders Binswanger seit vielen Jahren auf die degenerative Minderwertigkeit der asozialen Psychopathen hingewiesen; er zeigte, das Psychopathie an und für sich mit hohem Persönlichkeitswert durchaus vereinbar ist, während das Hinzutreten eigentlich degenerativer Momente sogleich und gesetzmäßig schwere Minderwertigkeit entstehen läßt. Vom bösartigen Psychopathen ist am häufigsten der selbstgerechte Typ mit ausgesprochener Freude an der heimtückischsten Schädigung seiner Mitmenschen durch Klatsch, Ränkeschmieden, anonyme Briefe, Hetzen, Lügen und Verleumden. Im Verein mit hysterischen Zügen ergibt sich das Bild der „hysterischen Kanaille", das zu Unrecht oft als für alle Hysterischen geltend angesehen wird. Die bösartigen Psychopathen ausgesprochen degenerativer Art im Sinne Binswangers, mit ihrer oft über dem Durchschnitt stehenden Intelligenz, leicht ansprechendem Affektleben, reger Phantasie und zielbewußter Energie sind äußerst gefährliche Individuen, die besonders gerne lange mühevolle Behandlung durch gemeine Gehässigkeiten und Intriguen danken. Nur zum Teil liegt hier ein Geltungsbestreben vor; oft eine primäre Freude daran, andere zu quälen und zu schädigen.

Als Abweichungen der Gesamtreaktion sind erethische übererregbare aktive Psychopathen mit Neigung zu allerlei Explosionen und Erregungszuständen und torpide stumpfe äußerlich den Passivisten ähnliche erwähnenswert und für den Psychotherapeuten wichtig. Die ersteren bedürfen der Reizausschaltung, die letzteren der Aufsicht und des Antriebes von außen.

Endlich ist die große Gruppe von Psychopathen mit gesteigerter Phantasietätigkeit erwähnenswert, die je nach sonstiger Veranlagung Künstler, Hochstapler, Schwindler, Erfinder oder Schwärmer und Weltverbesserer werden. Bei ihnen ist meist eine erstaunliche Plastizität der Phantasie vorhanden, die mühelos produziert, was die Suggestivfrage des Untersuchers bestimmt. So kommt der Psychotherapeut nur allzu leicht in Gefahr, diese Vorstellungshaltlosen umzuprägen. Daß er von eigentlich krankhaften Schwindlern den Pseudologen der Psychiatrie, im Beginn der Behandlung stets belogen wird, unterscheidet diese Kranken nicht von der Mehrzahl aller übrigen. Nur muß der Psychotherapeut sich immer ganz besonders bewußt sein, daß die psychopathischen Phantasten außergewöhnlich produktiv und in ihren Produkten künstlerisch lebenswahr und überzeugend sind. Da für den Psychotherapeuten aber die Selbstschilderung der Kranken wesentlichstes Material darstellen, soll er nie versäumen sich Wahrheitskontrollen zu verschaffen. Mindestens soll er seine Klienten veranlassen, wesentliches mehrfach eingehend zu schildern. Nur selten wird der psychopathische Schwindler in seinen Schilderungen sich selbst gleichbleiben, fällt ihm doch meist schon die exakte Wiedergabe einer einfachen Geschichte ganz erstaunlich schwer.

Damit wären die psychotherapeutisch wichtigsten abnormen Persönlichkeiten kurz skizziert, deren angeborene Eigenart sich meist auch in gehäuften leichten körperlichen Miß- und Hemmungsbildungen, den „körperlichen Degenerationszeichen" verrät. Der Überblick über das Persönlichkeitsganze wird immer beim Psychopathen Unstetheit und Ungleichmäßigkeit zeigen, wie es Birnbaum recht gut und kurz ausdrückt: „Mangel an Konstanz und Kontinuität im seelischen Geschehen." Selbstverständlich ist die lebendige Fülle angeboren Eigenartiger unendlich groß. Vor allen Dingen muß abschließend nochmals mit Binswanger energisch betont werden, daß an und für sich das Vorliegen einer Psychopathie für den ethischen Gehalt des Menschen nichts bedeutet. Erst das Hinzutreten der Züge eigentlicher Entartung, das Einfließen degenerativer Eigenheit läßt wirklich Minderwertiges erscheinen.

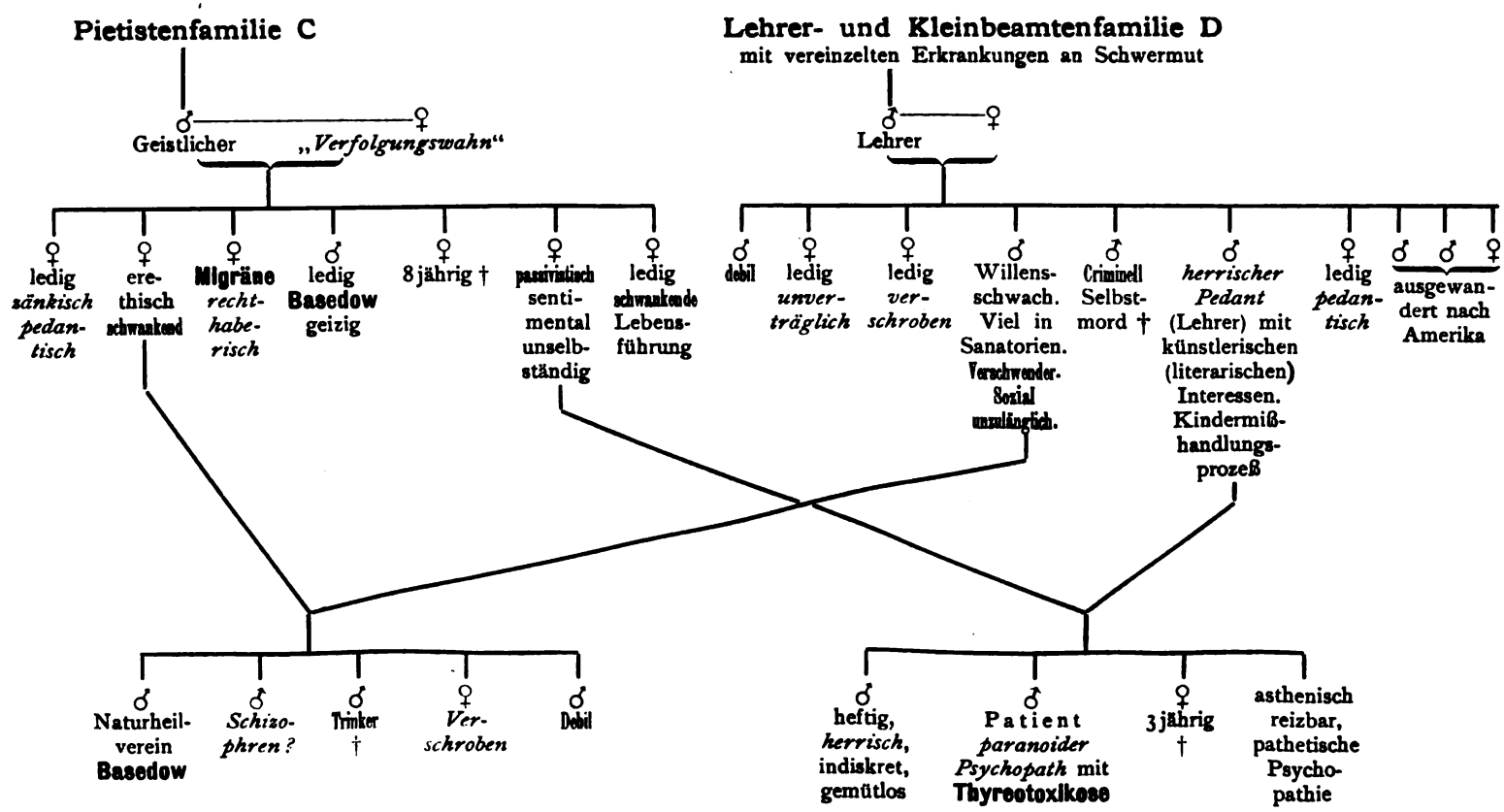
Die Aufgabe aber, mit den angeboren abnormen Persönlichkeiten psychotherapeutisch zu arbeiten, erfordert für spezielle Fragen das Rüstzeug der gesamten wissenschaftlichen Psychotherapie und rückt in der großen Gesamtaufgabe der Persönlichkeitsbeeinflussung die Psychotherapie nahe an die großen Grundfragen der Erziehung und Menschenbildung. So bleibt auch bei kritischer Erkenntnis des unabänderlich erbgangmäßig und schicksalhaft gegebenen Persönlichkeitskapitals noch reichlich lohnende und notwendige Arbeit für die wissenschaftliche Psychotherapie.

Wie sich pathologische Eigenart erblich vorbereitet, zeigt am besten die Familientafel eines paranoiden Psychopathen, die durch die Doppelkreuzung zweier psychopathischen Familien, in denen zwei Brüder zwei Schwestern heirateten, besonders bemerkenswert ist. Die Eigenart der Angehörigen ist nur durch Stichworte angedeutet (s. S. 334).

15. (Anhang) Massenpsychotherapie.

Die wissenschaftliche Psychotherapie als Tochterdisziplin der Psychopathologie verlangt vor allen Dingen sorgfältiges und objektives Eingehen auf den Einzelnen; sie wird in ihren besonderen und interessantesten Aufgaben immer eine Sonderarbeit am Einzelnen sein. Erst nachdem nun Grundlagen, Methoden und Aufgaben der wissenschaftlichen Einzelpsychotherapie erörtert sind, kann sozusagen nachholend und anhangsweise ein Punkt genügende Berücksichtigung finden, der praktisch von erheblicher Bedeutung ist: die Frage der Massenpsychotherapie.

Um zu entscheiden, ob eine Massenpsychotherapie überhaupt möglich ist, bedarf es einer kurzen Gegenüberstellung der Masse und des Einzelnen in psychologischer Beziehung. Als feststehende Ergebnisse der Massenpsychologie dürfen die Tatsachen betrachtet werden, daß durch die verstärkende Resonanz der Vielheit die Reaktion des einzelnen in der Masse wesentlich beeinflußt wird. Es entwickelt sich eine Kollektivseele (Jaquet), die dem einzelnen Verantwortung, Besinnung und Selbstbestimmung abnimmt, so daß die entstehende Kollektivseele beeinflußbarer, erregbarer und langsamer ist. Das steigernde Mitschwingen der Umgebung hebt den einzelnen aus sich heraus, macht ihn hemmungsloser und suggestibeler. Nicht mehr klare Überlegung und Kritik, sondern widerstandsloses Aufnehmen entsprechend beigebrachter Inhalte erfolgt, ganz besonders, wenn Affektmechanismen und allgemeine Strebungen erregt und benutzt werden. So ist die Masse



Familien C und D (verwandte psychopathische Züge durch gleiche Schriften hervorgehoben).

der direkten Beeinflussung in höchstem Maße zugängig; allerdings, wenn allzu sehr mit Affektwirkung gearbeitet wird, rauschhaft, mit Ernüchterung oder erhebungsvoll und spannend mit nachfolgendem Bedürfnis nach Affektkontrast. Man braucht nur eine Gemeinde nach dem Gottesdienste zu beobachten, um an dem lebhaften Einleiten möglichst alltäglicher Gespräche die Kontrastreaktion auf stille Erbauung zu erkennen. Nur ein kleiner Bruchteil der Menschen ist fähig, gehobene Lebensgefühle ohne Rückschlagsantrieb abklingen zu lassen. Amerikaner berichten uns, daß nach den Massenimpulsen des Lynchens bei der Mehrzahl der Teilnehmer Depressionen einsetzen, zum mindestens Affekthemmungszustände, wie sie jetzt auch gelegentlich bei Kriegsteilnehmern zu beobachten sind, die lange in vorderster Linie nur Atome der Kollektivseele waren. Der Psychotherapeut wird also die gesteigerte Lenksamkeit und Erregbarkeit, die „Hysterisierung" der Masse im Sinne Hellpachs nur mit viel Vorsicht benutzen. Er wird nur, wenn er aufklärend zu Massen spricht, die affektive Erregbarkeit in sachgemäßer Dosierung benutzen, um auch Hörern die sonst nicht geübt sind, längeren Reden zu folgen, diese Leistung affektiv durch Spannungen, Heiterkeit, Unwillen u. dgl. zu erleichtern. Er wird vielmehr bestrebt sein, der Kollektivseele gewisse Inhalte einzupflanzen, die der psychotherapeutischen Aufgabe dienlich sind.

Er wird namentlich einer Gefahr der Individualpsychotherapie entgegenarbeiten, der Vereinzelichung des Behandelten und seiner Loslösung aus den größeren Verbänden; es ist bei der Frage der Persönlichkeit genügend betont, daß von der vollwertigen Persönlichkeit auch einwandfreie Leistung gegenüber den größeren Verbänden: Familie, Sippe, Stamm, Volk gefordert werden muß. Die vollwertige Persönlichkeit muß auch sozial voll leistungsfähig sein. Und hier liegen die großen und einzigartigen Aufgaben der Massenpsychotherapie. Während die direkte Massenpsychotherapie sich mit der aufklärenden und umstimmenden Weitergabe allgemein wesentlicher Gesichtspunkte genug sein lassen muß, indem durch gemeinsame Veranstaltungen in Krankenhäusern, Vereinen usw., in Vorträgen und persönlicher Mitarbeit Verständnis für psychotherapeutisch wichtige Gesichtspunkte erstrebt wird und allgemein verbreitete Vorurteile bekämpft werden, läßt sich eine Menschengemeinschaft, insbesondere eine Krankengemeinschaft psychotherapeutisch zu einer Einheit gestalten, deren Eigenleben Heilfaktoren enthält. Vor allen Dingen muß der Geist der Kollektiv-

seele durch allerlei Hilfen beeinflußt werden; jeder Angehörige muß fühlen, daß er ein Glied einer Gemeinschaft ist, es muß ein intensives Zusammengehörigkeits- und Gemeinschaftsgefühl im Sinne der Kameradschaft, besser noch der Familie, des Heims geschaffen werden. Dazu ist vor allen Dingen erforderlich, daß jeder sich als einzelner fühlt, denn je mehr er das erlebt, desto inniger fühlt er sich der Gemeinsamkeit verwachsen. So entsteht in Volkssanatorien, Genesungsheimen usw. die Aufgabe des Massenindividualisierens, wie sie in den Nerven- und Irrenheilstätten schon seit Jahrzehnten durchgeführt ist.

Die erste Frage ist hierbei die Unterbringung; es muß dahin gestrebt werden, Einzel-, Gruppen- und Massenquartiere mit Austauschmöglichkeiten und Gelegenheiten zu Versetzungen zu schaffen. Die erste Unterbringung sei wohnlich, aber möglichst einfach, so daß leicht eine Verbesserung eintreten kann; nur langjährige praktische Erfahrung erlaubt es, die Gruppen und Abteilungen so zusammenzustellen, daß ganz unmerklich jeder den anderen beeinflußt, teils durch Pflegesorge, teils durch affektive oder intellektuelle Anregungen, durch Beispiel oder durch Zu- und Widerspruch; jede Abteilung muß ihr Sonderleben und Sonderbewußtsein haben, wie der einzelne, aber trotzdem, und gerade dadurch dem Ganzen dienen. Wie ein besonders lebhaft arbeitendes Organ dem Körper mehr Nahrung entzieht und doch seine Gesamtleistungsfähigkeit erhöht und wie der einzelne Kranke das Ganze hebt, je mehr er sich im richtigen Sinne als einzelner und individuell Behandelter fühlt. Dieselben Gesichtspunkte gelten für die Verpflegung, für Vergünstigungen wie Ausgang u. dgl.

Möglichst zeitig muß nun der Kranke aktiv am gemeinsamen Leben teilnehmen. Leistung der Organisation, besonders des verständnisvoll mitarbeitenden Personals ist es, jeden einzelnen als Individualfaktor im ganzen zu verwerten.

Es ist erstaunlich, mit wie geringen Mitteln sich viel erreichen läßt, es muß nur jeder an seinen Platz gestellt werden. Wer mehr weiß als andere, muß davon abgeben, wer mehr kann, muß den anderen helfen, künstlerisch, technisch oder menschlich. Unterrichtskurse von Patienten an Patienten in praktisch wichtigen und lebendigen Fächern, kein „Körbchenflechten" für erwachsene Männer, sondern Weitergabe und Auffrischung solider Kenntnisse in Sprachen, Bürger-, Natur- und Heimatkunde, Unterricht in Kurzschrift, bürgerlichem Schreiben und Rechnen, in Buchführung, Bank- und Börsenwesen, in den allgemein wichtigen Grundelementen

aller, besonders technischer Wissenschaften, kurze Belehrungen über Presse, Rechtskunde — es sind der Möglichkeiten unendlich viele. Sehr wichtig und schwierig ist es, den richtigen Mittelweg zwischen Beschäftigungszwang und Freiheit zu finden. Der Geist des Ganzen muß ebenso berücksichtigt werden, wie die Eigenheit des einzelnen. Das Betonen des Familienhaften erlaubt auch eine gewisse Disziplin. Die vorbildlichen Einrichtungen unseres unvergleichlichen Heeres können auch in anderen Verhältnissen nachgebildet werden, indem rege Anteilnahme am gemeinschaftlichen Leben ihren Lohn, Gleichgültigkeit die entsprechende Vernachlässigung findet, in besonders schweren Fällen völlige Ausschließung von der Gemeinsamkeit. So gewinnt in diesem Zusammenhang die Ignorierungs- oder psychische Abstinenzbehandlung noch einen besonderen Charakter; nicht nur die zielbewußte Vernachlässigung der Beschwerden des Kranken leistet sie, sondern zugleich eine disziplinare Maßnahme vom Gemeinschaftsleben aus gesehen.

Die Beschäftigungstherapie der Massen untersteht denselben Gesichtspunkten wie die des einzelnen; sie kann nur durch Wettbewerb von Gruppen sehr lebendig und anregend gestaltet werden, besonders, wenn in gut harmonischer Gemeinsamkeit allerlei kleine Gegensätze bei der Gruppenbildung benutzt werden, indem z. B. die Herren und Damen je eine Gruppe bilden, oder Süd- und Norddeutsche, oder Stadt und Land. Nicht selten ergeben sich hierbei sehr anregende und überraschende Gesichtspunkte. Besonders muß auch hier, wie überall, in der Gemeinschaft das liebe Ich zurücktreten. Form, Art und Dauer der Beschäftigung, zu der auch Unterhaltungsabende zu rechnen sind, muß absolut dem Geiste der Gemeinschaft und dem Bildungsniveau angepaßt sein. Man hüte sich vor lebensfremder „Volksbildelei“ und benutze die einmal vorhandene Geschmacks- und Bildungsstufe in jedem Falle als feste Basis, auf der nur einzelne belehrende und bildende Momente aufgebaut werden dürfen. Sie wirken dann doppelt und brauchen nicht die Widerstände der Fremdheit und Langeweile zu überwinden. Selbstverständlich muß der Massenpsychotherapeut stets persönlich an den gemeinsamen Unternehmungen teilnehmen, besonders in Volkssanatorien u. dgl., so groß das persönliche Opfer auch für ihn ist. Er benutze durch Ausstellen von Fragekästen, in die Kranke Fragen aller Art unterschrieben oder namenlos werfen können, jede Möglichkeit, um sich über die Punkte zu informieren, die bei seinen Kranken aktuell sind. Je nach Lage,

ist in kurzen volkstümlichen Vorträgen oder in persönlicher Unterhaltung auf die so gewonnenen Anregungen einzugehen.

Wie in der Einzel-, so darf auch in der Massenpsychotherapie der Gesichtspunkt nie vernachlässigt werden, den behandelten nicht abhängig, sondern selbständig zu machen und ihm die Wiederaufnahme der Lebensaufgaben durch allmähliche Überleitung zu erleichtern.

Man glaube nicht, daß diese Gesichtspunkte nur für eigentliche Heilanstalten für Nervöse, für Irren- und Lungenheilanstalten gelten. Jede Krankenanstalt hat die Verpflichtung, eine entsprechende Psychotherapie der Gemeinsamkeit zu betreiben, wenn auch je nach Anlage und Krankenmaterial abgeändert. Die kleine Mühe wird sich reichlich lohnen, schon dadurch, daß nun jeder Genesende freudig mit zugreift, um dem Ganzen zu dienen. Die glänzenden Leistungen von Volkssanatorien, wie z. B. Rasenmühle (Cramer) und Haus Schönow (Laehr) haben die unendliche Bedeutung solcher Arbeiten bewiesen.

Aber nicht nur für Heilstätten und Krankenanstalten gelten die Gesichtspunkte der Massenpsychotherapie. Kreis-, Schul-, Gewerbe- und Militärärzte müssen noch hellsichtiger werden für die großen allgemeinen Aufgaben, die hier vorliegen. Einzelne Erfahrungen psychiatrisch gut Vorgebildeter sozialer Fachärzte, wie z. B. Fels-Lennep haben erwiesen, daß bei verständnisvoller Auffassung solcher Berufe eine Fülle von Massenpsychotherapie an Aufklärung, Beratung, Berufsfürsorge aus intimer Kenntnis der Familie und der heranwachsenden Generation heraus geleistet werden kann. Mütterberatungsstellen, Haushaltungsschulen, Säuglingsfürsorge, Tuberkulosebekämpfung — alle müssen Träger psychotherapeutischer Kräfte werden; hat doch erst neuerdings ein Bakteriologe, Neufeld, dem psychotherapeutischen Faktor bei der Seuchenbekämpfung, speziell der Ruhr, die größte Bedeutung beigemessen und mit sachgemäßer Belehrung unter Benutzung affektiver Mechanismen, namentlich des Ekels, bessere Resultate erzielt, als mit allzu viel trockenen Paragraphen und Vorschriften.

In vorbildlicher Weise hat unsere Oberste Heeresleitung die hier offenen großen Fragen erkannt und sachgemäßer Bearbeitung erschlossen. Ganz besonders sind die noch jugendlichen Bestrebungen militärischer Vorbereitung der Heranwachsenden von unendlichem, psychotherapeutischem und volkserzieherischem Werte. Die hier wichtigsten Gesichtspunkte habe ich versucht, 1916 in den Veröffentlichungen des XX. Armeekorps zu geben. Mögen die

hoffnungsvollen Ansätze zu allgemeiner Massenpsychotherapie sich weiter gestalten zu schöner, ertragreicher Reife und Ernte! Dann wird die Psychotherapie praktisch an der Hebung sozialen Fühlens und Rücksichtnehmens in weiten Kreisen mit arbeiten können, wie es jetzt schon in den modernen fachwissenschaftlichen Heilstätten geschieht, und so den Kranken nicht nur als Einzelwesen, sondern auch als Glied der großen Gemeinsamkeit rüstig, froh und lebensfähig machen können, die Persönlichkeit auch zur Einordnung in die überpersönliche Organisation befähigen können, so weit es das vorhandene Persönlichkeitskapital, der Persönlichkeitserwerb und die Schicksalsbedingungen erlauben.

IV.

16. Das Ziel.

Die Übersicht über die Möglichkeiten, die Methoden und die Hauptaufgaben der universellen Psychotherapie im Sinne dieser Darstellung ist nun in kurzem, skizzenhaftem Rundgange beendet; da seien zum Schluß noch ein paar Worte über das Ziel jeder klaren Psychotherapie gestattet. Es ist ein dreifaches: klare Abrechnung, Inventarisierung und Anpassung.

Unter klarer Abrechnung hat der wissenschaftliche Psychotherapeut zu verstehen, daß am Schlusse der modernen, mitarbeitenden Psychotherapie der Kranke imstande ist, sich und seine Krankheitserscheinungen zu erkennen, richtig zu beurteilen und sich selbst herauszuarbeiten, wo noch Störungen zu erwarten sind, oder wenigstens klar zu erkennen, wann er ärztliche Hilfe braucht, wenn ein abschließendes Resultat nicht erreicht ist.

Die Inventarisierung besagt, daß der Kranke sein Persönlichkeitskapital, seinen Persönlichkeitserwerb und seine Leistungsfähigkeit möglichst im einzelnen übersieht. Er muß auch auf körperlichem Gebiete darüber klar sein, welche Leistungen er von sich erwarten darf und welche Krankheitserscheinungen er beachten muß, insbesondere wie weit — z. B. bei älterer Syphilis — eine ärztliche Dauerkontrolle erforderlich ist.

Die Anpassung endlich hat nach drei Richtungen zu geschehen:

1. An sich selbst und die Realität; namentlich muß der Kranke nun seine Affektantriebe kennen, er muß auf Krisen und affektive Entwicklungen so ruhig zurücksehen, daß ihm selbst

nichts Fremdes mehr aus der Vergangenheit gegenübersteht; er muß sich von den verlockenden Regionen der Phantasie losgerissen und den Forderungen der Realität zugewendet haben;

2. an seine Lebensaufgabe nach Maß seiner Leistungsfähigkeit und rational erkannter Lebensmöglichkeit;

3. an seine Umgebung.

Gerade bei dieser letzten, meist schwersten Aufgabe wird er in allerlei Nebengewinn moderner psychotherapeutischer Behandlung Unterstützung finden; das psychologische Denken und Verstehen, geübt an eigenen Störungen, wird ihn andere leichter verstehen lassen; der Bau seiner persönlichen inneren Welt wird nun harmonischer und kräftiger, mit mehr Widerstand gegen Außenreize durch Dritte geschehen. Ist es doch der schönste Lohn der modernen universellen Psychotherapie, zu sehen, wie sich nach Beseitigung oft jahrealter Störungen bis dahin unerschlossenes Menschentum zu reicher Blüte entfaltet. Ganz unbemerkt erfolgt dabei eine Wertrevision: Einseitiges, Weltfremdes, Ungesundes schwindet und die Reibungsflächen mit anderen mindern sich; mit der Wertrevision aber entwickelt sich eine Glückskritik. Der Weg zum Leben oder zur gesunden Resignation, zur Einordnung in innere und äußere Gesetzlichkeiten tut sich auf.

So ist das Ziel jeder universellen Psychotherapie umschrieben, und welche psychotherapeutische Methode auch immer angewandt werden möge, immer heißt es, den Kranken Wege vom Ich zu führen, vom ungesunden Überich zur vollwertigen, nach innen und außen gründigen und festgefügten Persönlichkeit.

Oft wird die Arbeit unvollendet bleiben aus inneren und äußeren Gründen. Sie ist darum nicht minder ernst, notwendig und schön; Aufgabe des Psychotherapeuten ist es in jedem Falle, auch wenn die Arbeit noch so schwer sei, das große Ziel im Auge zu behalten und wissenschaftliche universelle Psychotherapie zu treiben, kritisch reguliert durch die grundlegenden Feststellungen der Psychopathologie.

Literatur.

Für den der Psychotherapie ganz Fernstehenden empfiehlt sich als erste Orientierung über:

Psychopathologie außer den Lehrbüchern der Psychiatrie:

H. W. Gruhle: Psychiatrie für Ärzte, Springer, 1918, 296 S. (Literatur).

A. Gregor: Experimentelle Psychopathologie, Karger, 1910, 222 S.

K. Jaspers: Allgemeine Psychopathologie, Springer, 1913, 339 S. (Literatur).

Psychologie:

Th. Ziehen: Physiologische Psychologie (Assoziationspsychologie).

Hypnose:

Lehrbücher von Forel, Hilger, Hirschlaff, Loewenfeld und Moll.

Trömner: Hypnose und Suggestion, Teubner, Sammlung Natur und Geisteswelt (auch für Patienten zur Vorbereitung).

Technik: J. H. Schultz in Vogts Handbuch der Therapie der Nervenkrankheiten, Fischer, 1916 (Literatur).

Tatbestandsdiagnostik:

O. Lipmann: Spuren interessebetonter Erlebnisse, Barth, 1911, 128 S.

Psychoanalyse:

Objektive Kritik: Mittenzwey, Zeitschrift für Pathopsychologie, I.

Kurze Darstellung: J. H. Schultz: Freuds Sexualpsychoanalyse, Karger, 1917, 50 S.

Quellen: S. Freud: Vorlesungen über Psychoanalyse, 1917/18. Psychopathologie des Alltagsleben, Karger, 1914. Traumdeutung Deuticke, 1911, 350 S.

Psychokatharsis:

Breuer-Freud: Studien über Hysterie, Deuticke, 1912, 350 S.

L. Frank: Affektstörungen, Springer, 1913, 399 S.

Wachpsychotherapie:

Dubois: Einbildung als Krankheitsursache, Bergmann, 1907, 70S.
Die Psychoneurosen, Bern 1910, 280 S.
Mohr: Psychotherapie in Lewandowskys Handbuch der Neurologie, 1910 (Literatur).
H. Vogt: Wachpsychotherapie im Handbuch der Therapie der Nervenkrankheiten, Fischer, 1916.

Heilpädagogik:

Heller: Pädagogische Therapie für Ärzte, Springer, 1914, 223 S.

Druckfehler-Berichtigung.

S. 15 Z. 12 v. u. **Totalgefühl** statt Totatalgefühl.
S. 46 Z. 24 **Widerhall** statt Widerhalt.
S. 48 Z. 4 **biologischem** und **beamtenhaftem** statt biologischen und beamtenhaften.
S. 64 Z. 16 **abzulehnen** statt abzulehren.

Sachverzeichnis.

(Die Ziffern bedeuten die Seiten.)

Aberglauben 61 f.
Abhärtung, moralische 149.
Ablenkung, innere und äußere 142.
Abreagieren 107.
Abstinenzbehandlung, psychische 167.
Affektamplitude 228.
Affekte, isolierte 248.
Affektive Einengung 232, 244.
— Entwicklung 252, 317.
— Störungen 224—254.
Affektivität 148 f, 233.
Anfälle, hysterische 286.
— Diagnose und Psychotherapie 95, 290.
Angewandte Psychologie 139, 301.
Angstzustände 241.
Anpassung 341.
Anschnautz-Therapie 32.
Ansteckung, psychische 73.
Arzt, Eignung zur Psychotherapie 25.
— als Erzieher 32.
— als Freund 32.
— Hemmungen gegen Psychotherapie 35.
— psychotherapeutische Typen 42 ff.
— Vorbildung 26.
Assoziationspsychologie 6 ff.
Assoziationstherapie 156.
Assoziationsversuch 124 f.
Asthenopie 205.
Asthma 233, 290.
Auflösungsablenkung 144.
Aufmerksamkeit 19, 140.
— Messung 163.
Automatismen 74.
Autoritätsstellung 53.
Autosuggestion 165.

Belastung, erbliche 334.
Belastungsprüfung der Persönlichkeit 321.
Berufsberatung 68.
Beschäftigungstherapie 174.
Bewußtheit, einzeitige 12 ff.
— Gesamtschema 18.
— überzeitliche 21 ff.
— aktive Seite 16 f.
— impressive 14 f.
— rezeptive 12 f.
Bewußtheiten 20.
Bewußtseinsstörungen 286.
Bildungsdifferenzen 55.
Blinde 56, 179 f.

Charakter 24.
Coitus interruptus 242.
Consultationsfrage 53.

Déja vue 8.
Denken 20.
Denkstörungen 254—272.
Depression 236.
Depersonalisation 287.
Deutungen 23.
Diagnose 50.
Differenzierung, affektive 227.
Dissoziation 234.
Disziplinierung 169.

Egozentrisch 331.
Eigensinn 332.
Eingeklemmter Affekt 107.
Ekphorierung 6, 23.
Empfindungs- und Vorstellungsstörungen 205—224.
Engramm 6, 13, 22.
Entlarvungsverfahren 57.
Enuresis 218, 292.
Einstellung 140, 143.

Einstellungsversuch 147.
Emotionell-hyperästhetische Schwächezustände 240.
Erlebniseinheit und Betrachtungsvielheit 2 ff.
Erwartungsneurose 244.

Familienhörigkeit 56, 242.

Gefühlsempfindung 203.
Gefühlsstarre 234.
Gegenstandsbewußtsein 205.
Gehorsam 171.
Geltungsbestreben 55, 58, 61, 223.
Glückskritik 342.

Harmonie der Persönlichkeit 314.
Heilpädagogik 179—202.
Hygiene, seelische 174.
Hypnose, aktive und passive 79.
— diagnostisch 94.
— Einteilung 79.
— Grade 78.
— Gruppen 84.
— Narkose 90.
— Schutzimpfung 83.
— Technik 80.
— Hysterie 97.
Hypnotherapie 33, 41, 71—103.
— Dosierung 100 f.
— Formen 84 f.
— Gefahr 102.
— Indikation 97 f.
— Kritik 86.
Hysterie 328.

Ignorierungstherapie 167.
Imitation, affektive 246.
Inkubation, seelische 235.
Intelligenz 24, 202 f.

Kampfgesetz 58, 323.
Konzentrationsübung 144, 145 f.
Krankenexamen, Schema 37.
Kinder, schwer erziehbare 244.
Kinderpraxis 57, 94.
Kollektivseele 336.
Komplexe 122.
Konfliktberatung 175, 318 f.
Konfliktformen 318.
Körperliche Erkrankungen, Psychotherapie von — 288—299.
Kranker, Einung zur Psychotherapie 29.
— Familienhörigkeit 56, 242.
Krankheitswillen 234.
Kriegsneurosen 228 f., 296.
Kritische Lebensphasen 320.
Kurpfuscher 55.

Lampenfieber 243.
Lebenslüge 207, 276.
Lebenswille und Lebensverneinung 52.
Leistungsprüfung 158, 286.
Lernkurve 160.
Liquidation 70.

Maske der Persönlichkeit 315.
Masochismus 247.
Massenpsychotherapie 333—339.
Mneme 6, 22.
Motivdifferenzierung 254.

Negativismus 332.
Nervenshock 229.
Neuralgie 217.

Objektivitätsforderung 315.
Obsedierende Vorstellungen 219.
Ödipuskomplex 123.
Onanie 215, 284, 295.
Orthopädie, psychische 172.

Pädagogik 138.
Pedanterie 329.
Pensionierungsbankerott 276.
Persönlichkeit 24, 172 f., 299—325.
Persönlichkeitsentwicklung 316.
Persönlichkeitskrisen 317.
Persönlichkeitstypen 321.
Phänomenologie 9.
Phantasie 22.
Populärpsychologie 4 ff.
Populärpsychotherapie 42—71.
— Widerstände der 54 ff.
Prognose 52.
Psychisches, biologische Höchstfunktion 5, 24.

Psychisches, Darstellungsweisen des 6.
— Trauma 105, 108.
Psychoanalyse 103—138.
— und seelische Scham 248.
Psychogalvanischer Versuch 130.
Psychogramm 301.
Psychokatharsis 104—138.
Psychologische Orientierung 10—24.
Psychopathologische Typen 324—334.
Psychosymptome körperlicher Erkrankungen 288.
Psychosynthese 172—234.
Psychotherapie, absolut unbewußte 152.
— Abstinenzbehandlung 167.
— äffektive Fälschungen 32.
Psychotherapie der affektiven Störungen 224—254.
— allgemeine Indikation 33.
— des Anfängers 33.
— besondere Aufgaben allgemeiner Art 205—340.
— Definition 1.
Psychotherapie der Denkstörungen 254—272.
— — — direkte 30.
Psychotherapie der Empfindungs und Vorstellungsstörungen 205—227.
— Heilpädagogik 179—201.
— Hypnotherapie 71—103.
— indirekte primitive 60 ff.
— indirekte rationelle 64 ff.
— larvierte 30.
— Massenpsychotherapie 333—339.
— Methoden II 42—202.
— Möglichkeiten I 1—42.
— Populär- 42—71.
— Psychoanalyse 103—138.
Psychotherapie der somatischen Störungen 284—299.
Psychotherapie als Sonderfach 28.
— Wachpsychotherapie 138—175.
— Wege zur Psychotherapie 25—42.
Psychotherapie der Willens und Bewußtseinsstörungen 273—287.
— Ziel der Psychotherapie 339—340.
Psychovitalismus 300.

Reifung 316.
Reiztherapie 141.
Reklame 157.
Ruheübungen 147.

Schlafstörungen 88 f., 145, 289.
Schmerz 14, 143, 217.
Schwachsinn 190 ff., 325.
Seinsschichten 3.
Sekundärfunktion 234.
Selbstmord 236.
Sexualleben 216, 252.
Sexualtheorie (Freud) 121.
Sexuelle Aufklärung 322.
Shocktherapie 141.
Simulation 234, 286.
Somatische Störungen, Psychotherapie 288—299.
Soziale Gegensätze 54.
Spätreifungen 281, 317.
Stottern 280, 295.
Sublimierung 135, 227.
Suggestibilität 75.
Suggestion 71 f.
— Definition 72.
— Inkubation 77.
— Realisierung 72.
— Redaktion der 85.
Suggestivfragen 315, 333.
Symbol 115.
Symptome, mitsprechen 110—125.
Symptom und Reminiszenz 104, 108 f.
Synästhesie 218.

Tatbestandsdiagnostik 128.
Temperament 311.
Testversuch 164.
Traum (Freud) 116.
Traumatische Neurose 155, 229.
Triebe und Affektivität 225.
Triebbildungsfähigkeit 227.

Überrumpelungstherapie 141.

Verbot 65 ff, 233.
Verdrängung 107, 210, 222, 244.
Verhältnisblödsinn 319.
Vernachlässigung, zweckbewußte 167.
Vertrauensfrage 49.
Vorstellungsentstellung 223.

Wachpsychotherapie 138—175.
Wahrhaftigkeitsforderung 51.
Wertrevision 342.
Widerspruchsgeist 58, 61, 223.
Widerstand (Freud) 115 f.
Wille
— in der Wachpsychotherapie 168 f.
— zur Macht 225.
Willensbildung, natürliche (Levy) 166.
Willensstörungen 272—287.

Zentralisierung 235.
Ziel der Psychotherapie 339—340.
Zustandsbewußtsein 205.
Zwangsneurose 256 f.
Zweckneurose 234.

Autorenregister.

Ach 311.
Adler 134.
Aschaffenburg 125, 327.

Babinski 163.
Berger 89.
Berillon 295.
Bernheim 78, 84.
Bertschinger 276.
Bezzola 172, 234, 329.
Binet-Simon 203.
Binswanger, O. 156, 167, 178, 240, 232, 234.
Birnbaum 234.
Bleuler 70, 99, 122, 124 ff., 153, 200, 224, 256, 267, 319, 327.
Bobertag-Chotzen 203.
Bonhoeffer 90, 236, 240, 310, 316.
Bourdon 163.
Braille 179.
Breuer-Freud 103—138, 234, 249.
Bruns 167.
Bürklen 179.

Charcot 104, 234.
Cramer, A. 177, 339.
Czerny 168, 244.

Delboeuf 102.
Dessoir 79.
Dreyfuß 217.
Dubois 156, 165, 172, 320, 322.

Ebbinghaus 158, 201, 311.
Emminghaus 330.

Farez 295.
Fels 340.
Fließ 247.
Forel 79, 82, 178.
Förster 217.
Frank 225, 244, 294.
Freud 38, 56, 103—138, 172, 220, 227, 234, 244, 283.

Gebsattel 300.
Goett 130.
Gregor 161, 245, 310.
Groos 228, 249, 329.
Gruhle 310, 330.

Heller-Kattowitz 81, 299.
Heller-Wien 190 ff.
Hellpach 33 f.
Hering 22, 157.
Heymanns 311.
Hirschfeld 310.
Hirschlaff 100, 147, 170.

Janet 120, 172, 234, 294, 287, 329.
Jaquet 336.
Jaspers 202.
Isserlin 120, 244.
Jung 124 f.

Kahane 138.
Kant 311.
Kaufmann 341.
Klages 312, 320.
Kohnstamm 298, 299.
Kotik 11.
Kraepelin 125, 163, 178, 244, 320, 327.
Krafft-Ebing 123, 215, 299.
Kramer, Fr. 55.
Kreibich 298.

Laehr 178, 339.
Landgreen 284.
Leppmann 281, 317.
Levy-Paris 165 f., 283.
Levy-Suhl 82, 147.
Liebermeister 230.

Liébault 295.
Liègeois 83.
Lipmann 204, 315.
Lipps 205, 223—232.
Lobsien 203.
Loewy 287.
Löwenfeld 82 f., 156.

H. Maier 20.
Masselon 204.
Messer 129.
Meumann 204.
Mittenzwey 117.
Möbius 178.
Mohr 142.
Moll 14, 82, 156, 214.
Müller, G. E. 158.

Neufeld 340.
Neumann 311.
Nietzsche 225.

Oesterreich 287.
Oppenheim 156, 170, 277.

Paulsen 138.
Peters 324.
Pirker 300.

Ranschburg 158, 161, 204.
Richet 11.
Rieger 204.
Ringier 295.

Sante de Sanctis 295.
Scheler 5.
Schilder 178, 244.
Schröder 332.
Sidis 109.
Singer 298.
Sommer 125.
Steinberg 180 f.
Stern, William 139, 153, 157, 159, 180, 202, 204, 301, 310, 315.
Stumpf 205, 209.

Ulrich 301.
Utitz 286.

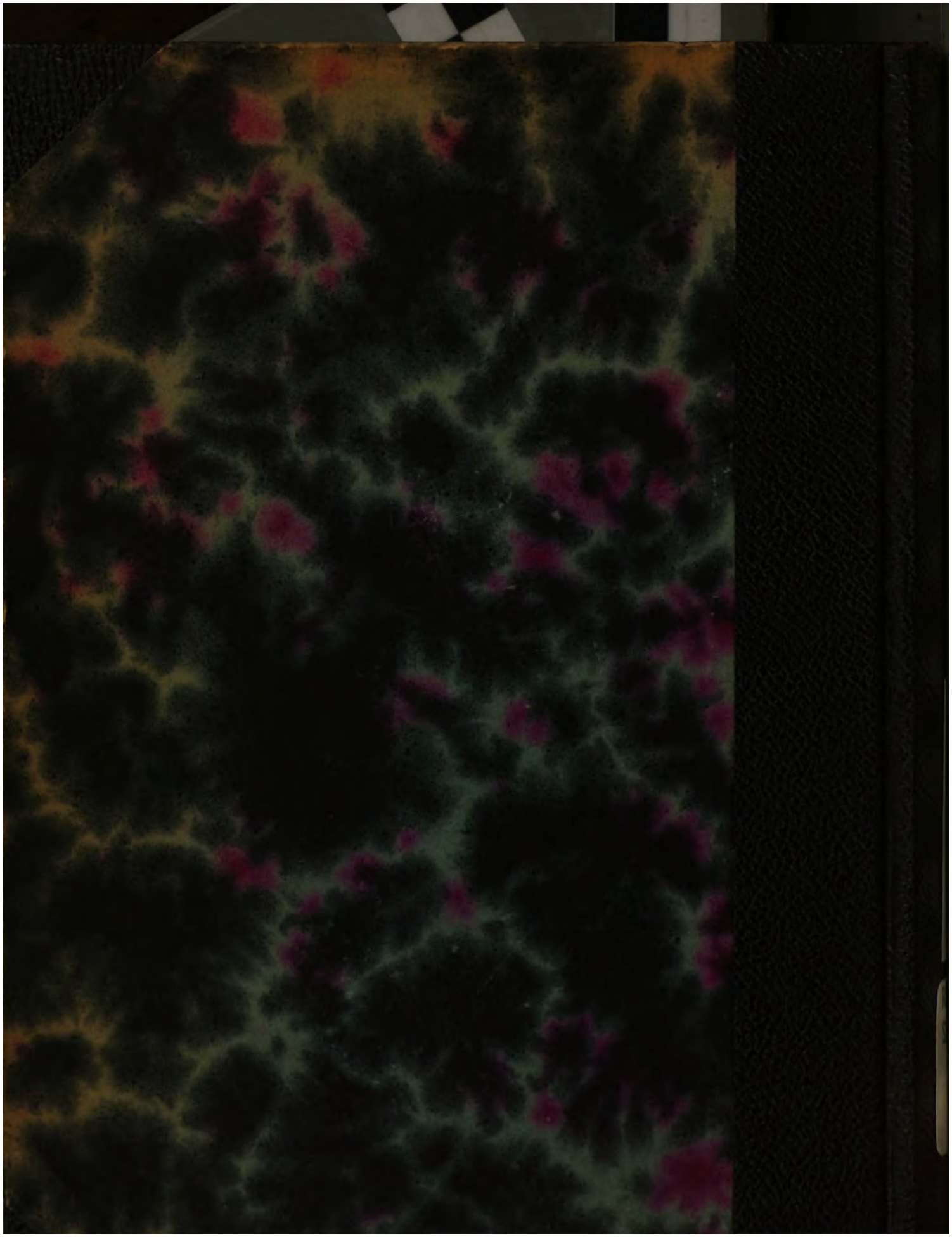
Vatter 192.
Veraguth 130.
Verworn 17.
Vogt, H. 82.
Vogt, O. 77, 83, 105, 120.

Weber 89.
Wernicke 157.
Westphal 123.
Wetterstrandt 101, 284.
Wetzel 310.
Wilmanns 310.
Windelband 158.
Wollenberg 327.
Wollermann 192.
Wundt 9, 15, 71, 158, 179. 205, 311.

Ziehen 7, 19, 23, 125, 167, 202, 250, 273.
Zwaardemaker 213.

Druck von Ant. Kämpfe, Jena.

DATE DUE

JUN 9	1998 H		
GAYLORD			PRINTED IN U.S.A.

UC SOUTHERN REGIONAL LIBRARY FACILITY
A 000 643 651 3